

健康保険 ガイドブック

Guide book



日本郵船健康保険組合

健康保険組合の ホームページをご利用ください

保険給付・保健事業の詳細や各種手続きの方法、当健康保険組合からの最新ニュースなどをホームページでお知らせしています。被保険者・被扶養者のみなさまの役に立つ情報が満載です。このガイドブックとともに、ぜひご活用ください。

<https://www.nykkenpo.or.jp/>

The screenshot shows the homepage of the Nippon Yusen Kaisha Health Insurance Association. The header includes the organization's name and a search bar. A navigation bar contains links for Home, Health Insurance Procedures, Navi (Application Types), Health Insurance Services, Health Insurance Details, Long-term Care Insurance Details, and Site Map. The main content area is divided into sections: 'What to do in such a case?' (with icons for family changes, birth, insurance changes, high medical costs, illness/injury, traffic accidents, retirement, hospitalization, and questions), 'Health Insurance News' (with a list of recent updates), 'Appropriate Medical Care Recommendation' (with a doctor and patient icon), 'Medical Expense Association KOSMO Web', 'Data Health Plan', 'Everyone's Health Library', 'Health Consultation Online', and 'KenCoM' (with a logo and text about health information). The footer contains a list of links for privacy policy, insurance details, public relations, notices, links, insurance terms, and contact information, followed by a copyright notice.

日本郵船健康保険組合

文字サイズ 中 大

検索

Home 健康保険の各種手続き 手続きNavi (申請書類一覧) 保健事業のご案内 健康保険のしくみ 介護保険のしくみ サイトマップ

こんなときどうするの? 健康に役立つ(保健事業)

扶養家族が増えた減った 出産した 保険証をなくした名前が変わった 医療費が高額になる(限度額適用認定証) 病気やケガをした 交通事故などにあった(第三者行為) 退職する(任意継続など) 整形外科などにかかる よくある質問

適正受診のすすめ

医療費照会 KOSMO Web

データヘルス計画

みんなの健康ライブラリー

ここからあなたの健康相談 健康・こころのオンライン

あなたの健康状態に合わせた健康情報をお届けします KenCoM

健保からのお知らせ

- 2021/02/08 **NEW** 2020年度人間ドック受付期間終了のお知らせ
- 2021/01/01 新年のご挨拶
- 2020/11/1 令和1年度 特定健診・特定保健指導結果報告について
- 2020/09/01 **重要** 2020年度「健康保険被保険者確認調書」提出のお願い
- 2020/07/21 令和元年度決算報告について

個人情報保護方針 ▶ 郵船健保について ▶ 公表事項 ▶ 公告 ▶ リンク集 ▶ 健康保険用語集 ▶ 連絡先/お問合せ先

Copyright(C) 日本郵船健康保険組合 All Rights Reserved.



は じ め に

日本では国民のだれもが医療保険へ加入することが義務づけられています。そのため、病気やけがをしたとき、保険証を提出して受診すれば、医療費の一部を負担するだけで必要な療養が受けられます。

健康保険組合は、こうした公的な医療保険のひとつである健康保険を運営する公法人として、みなさまが病気やけがをしたときに保険給付を行い、高額な医療費の負担からみなさまを守る役割を果たしています。

しかし、健康保険組合は病気やけがに対して保険給付を行っているだけではありません。休業、出産、死亡に対しても保険給付を行うほか、加入者のみなさまの健康づくりをサポートする保健事業を積極的に推進し、病気を未然に防ぐための事業も独自に実施しています。

そこで本書では、健康保険の基本的なしくみや保険給付の内容をはじめ、健康保険組合が行っている事業のポイントをわかりやすくご紹介しています。

ぜひご一読いただき、お役立ていただければ幸いです。



加入資格、給付のあらまし、健康づくりに役立つ事業 etc

健康保険

●健康保険組合は加入者に対して保険給付を行うほか、健康づくりをサポートするためにさまざまな事業を行います。

健康保険のしくみ 4

加入資格

●健康保険では、家族も被扶養者として加入することができますが、被扶養者として認められるためには、一定の条件を満たしている必要があります。

健康保険組合に加入する人 7

被扶養者として認定されるための条件 8

被扶養者を申請するときの添付書類 10

「保険証」が交付されます 11

保険料

●保険料は毎月の給料および賞与から、被保険者と事業主がそれぞれ納め、毎月の給料については「標準報酬月額」、賞与については「標準賞与額」に保険料率を掛けた額を納めることになります。

保険料を納めていただきます 12

当健康保険組合の保険料月額表 15

保険給付

●健康保険では、業務外で起きた病気やけがに対して医療費の7割が給付されるほか、自己負担の限度額も設定されており、負担の軽減が図られています。また、休業、出産、死亡に対しても給付が行われます。

保険給付のしくみ 16

健康保険組合ではこんな保険給付を行っています 22

病気やけがをしたとき 24

自己負担が高額になったとき 26

保険適用外の療養を健康保険と併用できるとき 30

立て替え払いをするとき 32

入院したときの食費と居住費について 34

在宅医療を受けるとき 35

病気やけがで移動が困難なとき 36

病気やけがをして働けないとき 37

出産をしたとき 38

出産のために仕事を休んだとき 39

死亡したとき 40

他人の行為により病気やけがをしたとき 41

健康保険のポイントをご案内しています。

届 出

- 保険証や被扶養者など健康保険組合の加入資格にかかわることや、保険給付を受けるために届出が必要になることがあります。

こんなときにはこんな届出を…………… 42

退 職 後

- 退職したあとはそれぞれの状況に応じた医療保険に加入します。一定の条件を満たせば、「任意継続被保険者」として当健康保険組合に加入を続けることもできます。

退職したあとに給付を受けられるとき…………… 44

退職後も被保険者でいられる「任意継続被保険者」…………… 45

退職後はそれぞれの状況に応じた医療保険に加入します…………… 46

後期高齢者医療制度 …………… 48

介護保険

- 介護保険は全国の市区町村が運営していますが、健康保険組合も介護保険料の徴収を行うなど、健康保険ともかかわりのある制度です。

介護保険制度…………… 49

保健事業

- 保健事業とは、健康診断や人間ドックの実施をはじめ、加入者の健康づくりをサポートするために、実施している事業のことです。ぜひご活用ください。

みなさまの健康をサポートする保健事業…………… 53

特定健診・特定保健指導…………… 55

柔道整復師（接骨院・整骨院）の正しいかかり方…………… 56

健康保険のしくみ

健康保険は、病気やけが、またはそれによる休業、出産や死亡といった事態に備える公的な医療保険制度です。

不測の事態に備える「健康保険」

病気やけが、またはそれによる休業、出産や死亡といった事態を迎えると、思わぬ出費が必要となり、ときには収入も途絶えて、生活が不安定になります。そこで、こうした事態に備えるため、日頃から加入者が保険料を支払い、それを財源に必要なときに必要な人が保険給付を受けられるしくみとして、公的な医療保険制度があります。健康保険はこうした公的な医療保険制度のひとつです。



健康保険を運営する健康保険組合

健康保険組合は健康保険の事業を運営する公法人です。常時 700 人以上従業員がいる事業所や同種同業で 3,000 人以上従業員が集まる事業所が、厚生労働大臣の認可を得て設立することができます。

当健康保険組合は昭和 28 年 11 月 1 日に設立されました。

運営は自主的・民主的に

健康保険組合の運営は事業主の代表と、従業員の代表である同数ずつの議員によって、健康保険法に規定される範囲の中で自主的、民主的に行われています。

健康保険組合の運営組織

●組合会

規約、保険料、事業計画、予算、決算など重要事項を決める議決機関です。事業主に選ばれた選定議員と、被保険者に選挙で選ばれた同数の互選議員から構成されます。

●理事会

組合会で決められたことを執行する機関です。選定議員と互選議員の中からそれぞれ同数の理事が選出され、構成されます。

●理事長

組合運営の最高責任者で組合の代表者です。選定議員から出た理事の中から 1 名選ばれます。

●常務理事

理事長を補佐し、事業運営に必要な事項の処理にあたります。理事会の同意を得て、理事長が理事の中から指名します。

●監事

業務の執行や財産の状況について監査を行います。選定議員および互選議員の中から各 1 名選出されます。

保険料を主な財源として運営

健康保険組合の会計年度は毎年4月1日から翌年3月31日で、その年度の支出はその年度の収入でまかなうことになっています。

- 収入の大部分は「保険料」

収入は被保険者と事業主が負担する保険料が大部分を占めます。

- 主な支出は「保険給付」と「高齢者への支援金・納付金」

支出は保険給付にかかる費用のほか、高齢者の医療を支えるために支払う支援金や納付金が主なものとなります。そのほかでは、各種健診など健康づくりをサポートする保健事業にあてる費用や事務費などがあります。

健康保険組合の大きな2つの役割

健康保険組合が果たす大きな2つの役割に「保険給付」と「保健事業」があります。

不時の出費を補う

「保険給付」

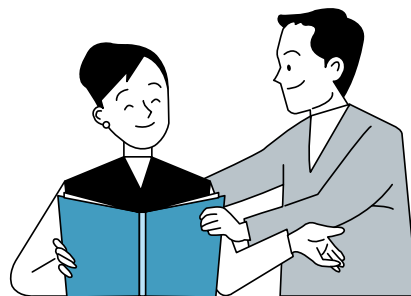
被保険者や被扶養者の病気やけが、傷病による休業、出産、死亡などに対して、医療費の負担や各種給付金を支給しています。



健康づくりをサポートする

「保健事業」

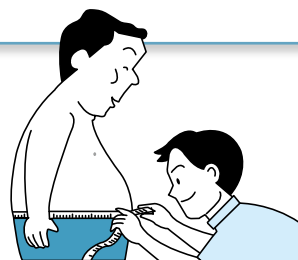
被保険者や被扶養者の「健康づくり」をサポートするための各種事業です。健康情報の提供、病気の予防を目的とした各種健診、運動施設や保養施設の利用機会の提供など、さまざまな事業を行っています。



話題の「メタボ対策」 も保健事業の一環です

健康保険組合の実施義務として、40歳以上75歳未満の被保険者および被扶養者に対して、メタボリックシンドロームに重点を置いた健診と健診結果に基づく保健指導を行っています。メタボリックシンドロームの対策も保健事業の一環として行っています。

また、医療費や健診情報等のデータ分析に基づき、これまで以上に効率的・効果的な保健事業を実施する「データヘルス計画」の取り組みも行っています。



健康保険組合にはこんなメリットがあります

メリット 1 被保険者や被扶養者の年齢構成、男女比、疾病の動向などから、実情に応じた保健対策を実施できるほか、事業主と協力して健康管理などを積極的に行うことができます。

メリット 2 健康保険法に定められた給付にプラスして「付加給付」を行うことができます。

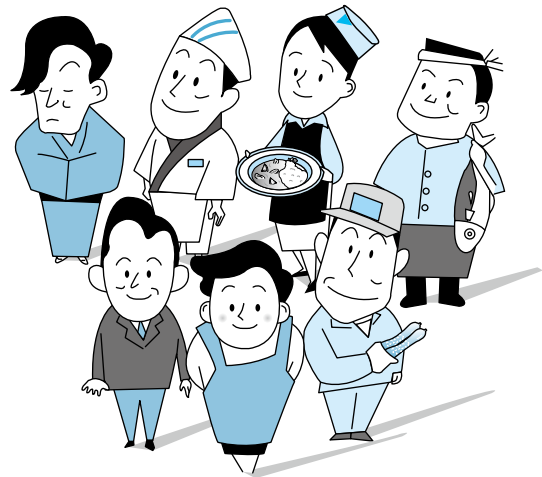
メリット 3 人間ドックや婦人科ドックへの補助金や、体力づくりに役立つイベントの企画・補助など、健康づくりに役立つ事業をきめこまかく行うことができます。

メリット 4 原則として事業主と被保険者が折半で負担する保険料を、被保険者の負担割合を低く設定することが認められており、被保険者の負担軽減を図ることができます。

メリット 5 各健康保険組合の拠出金により、一定の額を超えた高額な医療費と財政が窮迫した組合には助成が行われ、財政の安定が図られます。

健康保険への加入は義務となっています

常時1人以上の従業員がいる法人の事業所と、常時5人以上の従業員がいる個人経営の事業所は、強制適用とならない場合を除き、健康保険への加入が義務づけられています。また、健康保険が適用される事業所に就職した場合は、本人の意思にかかわらず健康保険に加入することになっています。



国民の誰もが医療保険制度に加入

健康保険への加入が適用されない場合でも、日本は「国民皆保険制」で、国民の誰もが次のどれかの医療保険に加入しなければならないことになっています。

被用者保険…職場で加入する医療保険

- 健康保険組合
- 全国健康保険協会
- 共済組合（国家公務員、地方公務員）
- 共済制度（私学教職員）
- 船員保険

地域保険…地域住民が加入する医療保険

- 国民健康保険
農業、漁業、自営業、自由業など
- 後期高齢者医療制度
75歳以上の高齢者など

健康保険組合に加入する人

健康保険組合には働いている本人だけでなく、一定の条件を満たした家族も加入することができます。また、退職して加入資格を喪失したあとも、個人の資格で加入できる場合があります。

本人は「被保険者」として加入

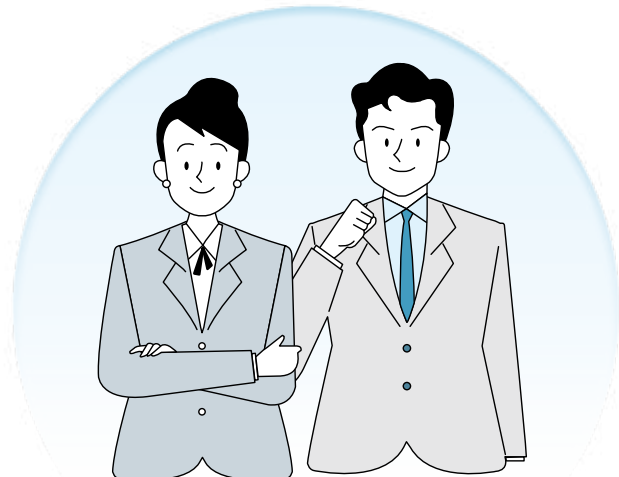
健康保険に加入している本人を「被保険者」といいます。健康保険が適用される事業所に働く場合は、パートタイマーなど労働条件が一定の基準を満たさない場合を除き、本人の意思にかかわらず、だれもが被保険者となります。

パートタイマーなどで、1週の所定労働時間および1月の労働日数が常時雇用者の4分の3以上ある場合は被保険者となります。

また、4分の3未満の場合でも、従業員数501人以上の事業所※¹（または500人以下で加入について労使合意した事業所）に勤める人で、次の4つの条件すべてに該当する人は被保険者となります。

- 週の所定労働時間が20時間以上
- 勤務期間が1年以上※²
- 賃金の月額が8.8万円以上
- 学生でないこと

※従来、被扶養者となっていた人も上記に該当する場合は被保険者となります。

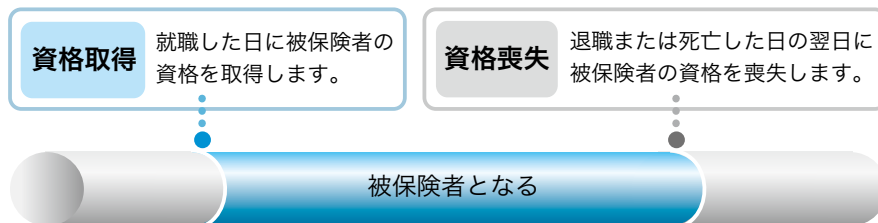


家族は「被扶養者」として加入

健康保険では、被保険者に扶養されている家族にも保険給付を行います。この家族のことを「被扶養者」といいます。被扶養者となるためには一定の条件を満たしていることが必要で、健康保険組合の認定を得なければなりません。

資格の取得と喪失

被保険者の資格は、就職した日に取得し、退職または死亡した日の翌日に失います。また、75歳になると後期高齢者医療制度に加入するため、在職中でも被保険者資格を失います。なお、被扶養者については、健康保険組合の認定によって資格を取得し、認定事由がなくなると資格を失います。



退職後も「任意継続被保険者」として加入できる場合があります

退職すると被保険者の資格を失いますが、引き続き健康保険組合に加入したい場合、一定の条件を満たしていれば、「任意継続被保険者」として加入することができます。

75歳になると加入資格を失います

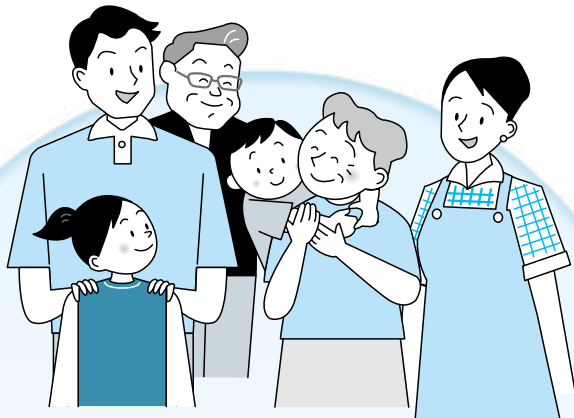
被保険者や被扶養者が75歳になると、後期高齢者医療制度に加入するため、健康保険組合の加入資格を失います。また、75歳になった被保険者に被扶養者がいる場合、被扶養者も同様に健康保険組合の加入資格を失います。

※1 令和4年10月より従業員101人以上の会社に勤める人が対象になり、令和6年10月より従業員51人以上の会社に勤める人が対象になる予定です。

※2 「勤務期間が1年以上」の要件は、令和4年10月から廃止される予定です。

被扶養者として認定されるための条件

被扶養者として認定されるためには、原則として国内に居住していて、「親族の範囲」と「収入」について一定の条件を満たしている必要があります。



被扶養者として認められる親族の範囲

被扶養者となれる家族の範囲は、三親等内の親族と決まっています。さらに、同居・別居により、条件が異なります。

また、原則として国内居住者に限られます。※1, 2

※1 2020年4月1日より施行

※2 生活の基礎が国内にあると認めた場合は例外として認定されます。



同居でも
別居でもよい人

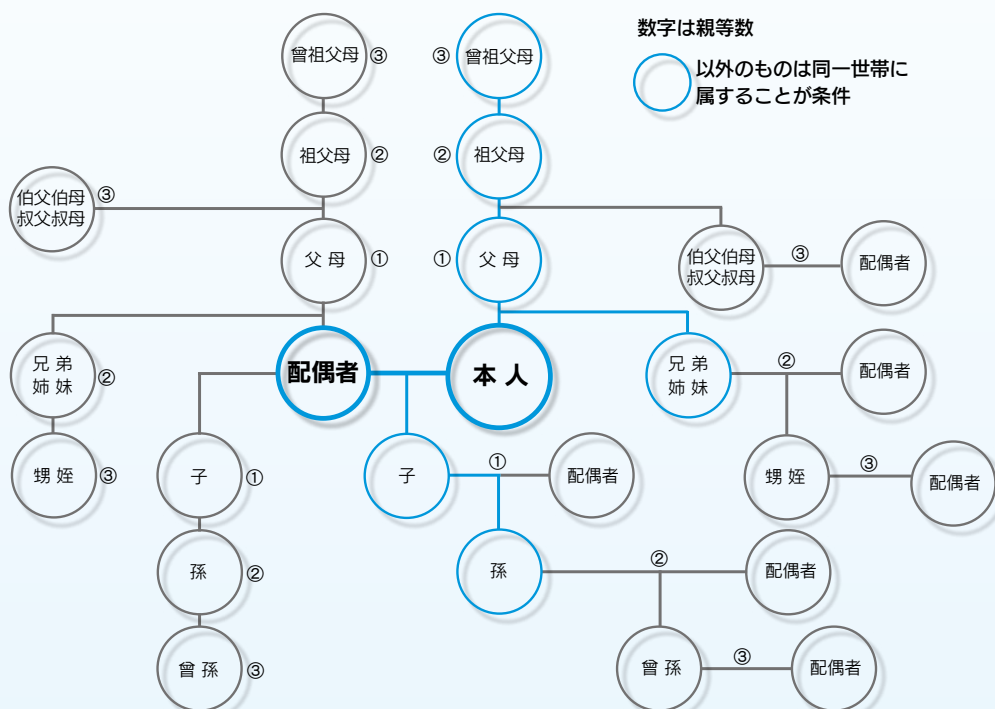
- ① 配偶者（内縁でもよい）
- ② 子、孫
- ③ 兄弟姉妹
- ④ 父母などの直系尊属



同居が条件の人

- ① 左記以外の三親等内の親族
- ② 内縁の配偶者の父母および子
- ③ 内縁の配偶者死亡後の父母および子

認定対象者の親族の範囲



被扶養者として認められる 収入の限度

被扶養者となるためには、「主として被保険者の収入によって生活している（生計維持関係にある）こと」が必要です。具体的には次のような基準が定められています。



同居している場合

対象者の年収が130万円（60歳以上または障害者は180万円）未満で、被保険者の収入の2分の1未満であること



別居している場合

対象者の年収が130万円（60歳以上または障害者は180万円）未満で、かつ、その額が被保険者からの援助額より少ないこと

こうした条件をクリアしている人について健康保険組合が総合的に判断し認定します。

健康保険組合に必ず届出を

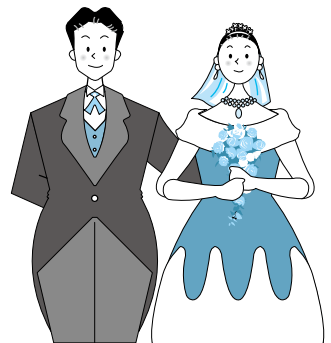
健康保険組合は届出をもとに、被扶養者となるための条件を満たしているかを判定します。そのため、被保険者資格を取得したときに被扶養者になりたい人がいる場合や新しく被扶養者が増えた場合は「被扶養者（異動）届」に該当事項を記入し、必要書類を添えて5日以内に届け出てください。

また、被扶養者が該当しなくなったときは、そのつどすみやかに事業主を通して健康保険組合に届出を行うようにしてください。

◆提出先 ▶人事グループ 給与・厚生センター

たとえば、こんなときは 被扶養者の届出が 必要になります

- 結婚や出産などにより被扶養者が増えた
- 就職や別居、死亡などにより被扶養者が該当しなくなった
- 被扶養者の収入が増えて、認定の条件を満たさなくなった
- 仕送りをやめて生計維持関係がなくなった
- 75歳になって後期高齢者医療制度に加入した



Q & A

Q 国民健康保険に入っている父母を 私の被扶養者になりたいのですが？

A 被扶養者と認められるためには、被保険者によって実際に扶養されていることが必要です。たとえば、両親の保険料を払わずに済むといった理由では認められません。

Q 被扶養者の認定対象者の「収入」とは、 どのようなものが該当しますか？

A 認定対象者の年間収入には、給与、事業収入のほか、各種年金、利子・配当、不動産収入など恒常的な収入すべてを含みます。ただし、退職金や出産育児一時金など一時的な収入は含みません。

Q 雇用保険の失業給付を受けている配偶者を 被扶養者にすることはできますか？

A 失業給付を受けている間は、原則として「主として被保険者の収入によって生活している」とは考えられませんので、一般的には被扶養者と認められません。ただし、個々の具体的な事例によって判断されますので、失業給付がわずかであれば、認められる場合もあります。



被扶養者を申請するときの添付書類 <参考>

◎は必ず添付してください

添付書類		配偶者		子		父母・他
		収入なし	収入あり	18歳未満	18歳以上	
課税（非課税）証明	原本	◎		○	○	◎
給与明細等 （直近3か月分）	写し	—	○	—	○	○
年金振込通知書、改定通知書等 （直近のもの）	写し	—	○	—	—	○
源泉徴収票	写し	○	○	—	—	—
被扶養者調書	原本	◎	◎	—	○	◎
戸籍謄本 （初回認定時）	原本	○	○	○	○	○
住民票	原本	◎	◎	◎	◎	◎
送金証明 （手渡し不可、直近3か月分）	写し	— （自己都合別居○）			○ （学生—）	○
確定申告書 （受付印あり）	写し	—	○	—	—	○
資格喪失証明書	原本	○	○	—	—	○
退職証明書	原本 （写し可）	○	○	—	—	○
離職票	写し	○	○	—	—	○
在学証明	原本	—	—	—	○	—
障害者手帳 （お持ちの方）	写し	○	○	○	○	○

【注】・上記は一般的な場合の添付書類です。申請内容により判定が困難な場合は別途必要書類の提出をお願いする場合があります。
・お子様を扶養に入れる際、配偶者が被扶養者ではない場合は申請理由および配偶者の収入を確認させていただきます。
・上記書類は「健康保険被扶養者異動届」と共に、**人事グループ 給与・厚生センター 厚生チーム**へ提出してください。



被扶養者の認定は厳格に行われます

健康保険組合の加入者を適正にすることは、医療費の負担や高齢者への支援金・納付金などを適正にすることでもあり、健康保険組合の運営上大変重要なことです。そのため、被扶養者の認定はさまざまな扶養条件を総合的に判断し厳格に行われています。

被扶養者として認められるためには、あくまで「主として被保険者の収入によって生活していること」が前提です。一度被扶養者と認定されても、生活状況の変化などにより認定条件を満たさなくなった場合は、被扶養者の資格を失うことになりますので、ご注意ください。健康保険組合では認定後も年に一度の被扶養者認定調査を行っております。

「保険証」が交付されます

被保険者の資格を取得すると、当健康保険組合の加入者であることの証明として「保険証」が交付されます。医療機関にかかるとき、保険証を提出すれば、医療費の自己負担分を支払うだけで必要な治療を受けることができます。

大切に保管しましょう

保険証は受診のとき必要になるばかりでなく、身分証の役割もつお金と同様に非常に大切なものです。保管には十分気をつけましょう。

▼表面

健康保険 被保険者証	令和00年00月00日交付
記号 99	番号 12345 (枝番) 01
ケンボ タロウ	
氏 名	健保 太郎
生 年 月 日	昭和00年00月00日 性別 男
資格取得年月日	平成00年00月00日
保険者所在地	東京都千代田区丸の内二丁目3番2号
保険者番号・名称	06132492 日本郵船健康保険組合 印 03(3284)5125

※番号は原則、社員番号です。

▼裏面

注意事項	保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ずこの証をその窓口で渡してください。
住 所	
備 考	
※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。 記入する場合は、1 から 3 までのいずれかの番号を○で囲んでください。	
1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。	
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。	
3. 私は、臓器を提供しません。	
《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》	
【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球】	
[特記欄]	
署名年月日:	年 月 日
本人署名(自筆):	家族署名(自筆):

臓器の移植に関する法律の改正に伴い、保険証の裏面に「臓器提供に関する意思表示欄」を設けています。
臓器移植についての詳細は、日本臓器移植ネットワークのホームページをご覧ください。
URL <http://www.jotnw.or.jp/>

！こんなことにご注意ください

- 保険証が届いたら、記載事項に誤りがないかを確認してください。
- 保険証の記載事項は、住所欄を除いて自分では変更できません。
- 保険証の不正使用や貸し借りは法律で禁止されています。
- 次の場合は事業主を通じてすみやかに健保組合へ届け出てください。
 - ・ 記載事項に変更が生じたとき（結婚などで氏名に変更があったなど）
 - ・ 紛失したとき（警察への届け出が必要です）

保険証は1人1枚

保険証は、被保険者・被扶養者それぞれに1枚ずつ発行されています。

70歳以上の加入者には 「高齢受給者証」が交付されます

70歳以上75歳未満の高齢者は、医療機関で負担する医療費の割合が所得に応じて異なるため、自己負担する割合が記載された「高齢受給者証」が交付されます。医療を受けるときは、保険証と併せて窓口に提出します。

75歳になった場合

75歳以上および一定の障害がある65歳以上の人は、後期高齢者医療制度に加入しますので、運営主体の広域連合から保険証が交付されます。健康保険組合が発行した保険証は、必ずご返却ください。

保険料を納めていただきます

被保険者および事業主は、毎月の給与と賞与から、収入に応じた保険料を納めます。

健康保険はこの「保険料」でまかなわれています。

保険料の計算方法

保険料は収入に応じた額に保険料率を乗じた額となりますが、毎月の給与と賞与で計算します。



○毎月納める保険料

$$\text{毎月納める保険料} = \text{標準報酬月額} \times \text{保険料率}$$

標準報酬月額とは

被保険者が受ける報酬額は随時変動するため、そのつど保険料を計算すると大変非効率的です。そこで、健康保険では段階的に報酬の範囲と「標準報酬月額」が定められ、定められた範囲内の報酬は、標準報酬月額が当てはめられることになっています。

●50等級に区分されています

標準報酬月額は現在 58,000 円から 1,390,000 円の 50 段階に区分されています。この等級区分は、すべての健康保険組合に共通のものとなっています。

例

報酬の範囲：270,000 円以上 290,000 円未満

→ 標準報酬月額：280,000 円

※詳細は 15 頁参照

報酬とは

標準報酬月額を算定する際の「報酬」とは、金銭・現物を問わず、給料・俸給・手当など被保険者が労働の対償として受けるものすべてが含まれます。ただし、慶弔金など臨時の収入となるものは除かれます。

Q&A

Q 給料等から差し引かれる保険料は、いつの分ですか？

A 保険料は月単位で計算されますが、事業主が被保険者の保険料を給料等から差し引くことができるのは、前月分の保険料に限られています。なお、資格を取得した月は、月の途中からでも 1 カ月分の保険料が翌月の給料から差し引かれますが、退職などで資格を喪失した月の保険料は徴収されません。ただし、月の末日に資格を喪失した場合は、翌月の 1 日が資格喪失日となりますので、その月分の保険料も徴収されます。

●年4回以上支払われる賞与について (日本郵船の場合)

賞与から保険料を負担するのは、賞与が年3回まで支給される場合です。
現在、日本郵船では賞与の支給が年4回であるため、「報酬」として扱われ、標準報酬月額を算定するときに組み込まれます。

標準報酬月額を決める時期

標準報酬月額は被保険者資格を取得するときに決まりますが、毎年見直しが行われます。
また、報酬が大幅に変わったときも見直しが行われます。

●就職したとき（資格取得時決定）

初任給等を基礎にして決められます。

●毎年7月1日現在で（定時決定）

その年の4月、5月、6月の報酬をもとに、原則として全被保険者の標準報酬月額が7月1日現在で決め直されます。

※決め直された標準報酬月額は、9月1日から翌年8月31日まで適用されます。

●標準報酬月額が大幅に変わったとき (随時改定)

昇給などにより固定的賃金に変動があり、連続した3カ月間に受けた報酬の平均月額が2等級以上変わる場合は決め直されます。

●産前産後休業が終わったとき (産前産後休業終了時改定)

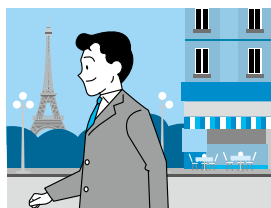
産前産後休業を終了して職場復帰した被保険者が、短時間勤務等により報酬が変わった場合は、被保険者の申し出により決め直されます。

●育児休業等が終わったとき (育児休業等終了時改定)

育児休業等を終了して職場復帰した被保険者が3歳未満の子を養育している場合で、短時間勤務等により報酬が変わった場合は、被保険者の申し出により決め直されます。

被保険者が 海外にいる場合

海外で受けた療養も健康保険の給付の対象となるため、被保険者が海外に滞在中であっても介護保険料以外は通常どおり納めることになっています。介護保険料については、海外滞在により介護保険の被保険者から外れる場合は、健康保険組合に届け出れば免除されます。



●産前産後休業中および育児休業中は 保険料負担の免除が受けられます

産前産後休業期間中および育児休業期間中の保険料は、事業主の申し出により、被保険者負担分・事業主負担分ともに免除されます。

保険料の種類

健康保険組合に納める保険料は、「**一般保険料**」、「**調整保険料**」、「**介護保険料**」があり、それぞれ被保険者と事業主が負担します。負担割合は折半負担が原則ですが、健康保険組合の場合、被保険者の負担分を少なくすることが認められています。

一般保険料

健康保険組合を運営する財源となる保険料です。各種給付金や保健事業にかかる費用など事業を運営するための財源となります。また、高齢者の医療を支える支援金や納付金にも多額の費用を支払うことから、その内訳がわかるように、基本保険料と特定保険料に区分されます。

- **基本保険料**…医療の給付、保健事業などにあてる保険料
- **特定保険料**…高齢者等の医療を支える費用にあてる保険料

保険料率 健康保険組合の財政状況に応じて、3%から13%の範囲内で決められます。

調整保険料

全国健康保険組合が共同で拠出している保険料で、高額な医療費負担が発生した場合や、財政が窮迫した組合へ交付される交付金の財源となります。

保険料率 基本となる料率0.13%に、若干の修正率を乗じて決められます。

介護保険料

全国の市区町村が運営する介護保険制度のための保険料です。健康保険組合に加入する40歳以上65歳未満の介護保険第2号被保険者の保険料は、健康保険組合が徴収する義務を負っているため、一般保険料にあわせて徴収しています。

保険料率 健康保険組合には毎年介護納付金が割り当てられます。介護保険料率はこれをまかなうことができるように設定されます。

保険料の負担割合

保険料率は各健康保険組合の財政状況によって異なります。当健康保険組合の場合は次のようになっています。

	▼ 一般保険料	▼ 介護保険料
被保険者負担率	1.50%	0.90%
事業主負担率	4.50%	0.90%
合 計	6.00% (調整保険料率を含む)	1.80% (40～64歳の被保険者は負担)

！ 支援金と納付金の重い負担

健康保険組合は、高齢者の医療制度を支える財源として多額の費用を負担しており、高齢社会の進展に伴う負担の増大は、健康保険組合の財政を悪化させる大きな要因となっています。

後期高齢者医療制度への支援金、前期高齢者の医療費の財政調整として納付金を支払うほか、経過的に存続する退職者医療制度への拠出金が必要になるなど、健康保険組合には一層重い負担が課されています。

当健康保険組合の保険料月額表

2021年4月1日現在

(一般保険料には調整保険料を含む)

等級	標準報酬月額	報酬月額	保険料月額					
			被保険者		事業主		合計	
			一般保険料	介護保険料	一般保険料	介護保険料	一般保険料	介護保険料
	円	円以上 円未満	円	円	円	円	円	円
1	58,000	～ 63,000	870	522	2,610	522	3,480	1,044
2	68,000	63,000 ～ 73,000	1,020	612	3,060	612	4,080	1,224
3	78,000	73,000 ～ 83,000	1,170	702	3,510	702	4,680	1,404
4	88,000	83,000 ～ 93,000	1,320	792	3,960	792	5,280	1,584
5	98,000	93,000 ～ 101,000	1,470	882	4,410	882	5,880	1,764
6	104,000	101,000 ～ 107,000	1,560	936	4,680	936	6,240	1,872
7	110,000	107,000 ～ 114,000	1,650	990	4,950	990	6,600	1,980
8	118,000	114,000 ～ 122,000	1,770	1,062	5,310	1,062	7,080	2,124
9	126,000	122,000 ～ 130,000	1,890	1,134	5,670	1,134	7,560	2,268
10	134,000	130,000 ～ 138,000	2,010	1,206	6,030	1,206	8,040	2,412
11	142,000	138,000 ～ 146,000	2,130	1,278	6,390	1,278	8,520	2,556
12	150,000	146,000 ～ 155,000	2,250	1,350	6,750	1,350	9,000	2,700
13	160,000	155,000 ～ 165,000	2,400	1,440	7,200	1,440	9,600	2,880
14	170,000	165,000 ～ 175,000	2,550	1,530	7,650	1,530	10,200	3,060
15	180,000	175,000 ～ 185,000	2,700	1,620	8,100	1,620	10,800	3,240
16	190,000	185,000 ～ 195,000	2,850	1,710	8,550	1,710	11,400	3,420
17	200,000	195,000 ～ 210,000	3,000	1,800	9,000	1,800	12,000	3,600
18	220,000	210,000 ～ 230,000	3,300	1,980	9,900	1,980	13,200	3,960
19	240,000	230,000 ～ 250,000	3,600	2,160	10,800	2,160	14,400	4,320
20	260,000	250,000 ～ 270,000	3,900	2,340	11,700	2,340	15,600	4,680
21	280,000	270,000 ～ 290,000	4,200	2,520	12,600	2,520	16,800	5,040
22	300,000	290,000 ～ 310,000	4,500	2,700	13,500	2,700	18,000	5,400
23	320,000	310,000 ～ 330,000	4,800	2,880	14,400	2,880	19,200	5,760
24	340,000	330,000 ～ 350,000	5,100	3,060	15,300	3,060	20,400	6,120
25	360,000	350,000 ～ 370,000	5,400	3,240	16,200	3,240	21,600	6,480
26	380,000	370,000 ～ 395,000	5,700	3,420	17,100	3,420	22,800	6,840
27	410,000	395,000 ～ 425,000	6,150	3,690	18,450	3,690	24,600	7,380
28	440,000	425,000 ～ 455,000	6,600	3,960	19,800	3,960	26,400	7,920
29	470,000	455,000 ～ 485,000	7,050	4,230	21,150	4,230	28,200	8,460
30	500,000	485,000 ～ 515,000	7,500	4,500	22,500	4,500	30,000	9,000
31	530,000	515,000 ～ 545,000	7,950	4,770	23,850	4,770	31,800	9,540
32	560,000	545,000 ～ 575,000	8,400	5,040	25,200	5,040	33,600	10,080
33	590,000	575,000 ～ 605,000	8,850	5,310	26,550	5,310	35,400	10,620
34	620,000	605,000 ～ 635,000	9,300	5,580	27,900	5,580	37,200	11,160
35	650,000	635,000 ～ 665,000	9,750	5,850	29,250	5,850	39,000	11,700
36	680,000	665,000 ～ 695,000	10,200	6,120	30,600	6,120	40,800	12,240
37	710,000	695,000 ～ 730,000	10,650	6,390	31,950	6,390	42,600	12,780
38	750,000	730,000 ～ 770,000	11,250	6,750	33,750	6,750	45,000	13,500
39	790,000	770,000 ～ 810,000	11,850	7,110	35,550	7,110	47,400	14,220
40	830,000	810,000 ～ 855,000	12,450	7,470	37,350	7,470	49,800	14,940
41	880,000	855,000 ～ 905,000	13,200	7,920	39,600	7,920	52,800	15,840
42	930,000	905,000 ～ 955,000	13,950	8,370	41,850	8,370	55,800	16,740
43	980,000	955,000～1,005,000	14,700	8,820	44,100	8,820	58,800	17,640
44	1,030,000	1,005,000～1,055,000	15,450	9,270	46,350	9,270	61,800	18,540
45	1,090,000	1,055,000～1,115,000	16,350	9,810	49,050	9,810	65,400	19,620
46	1,150,000	1,115,000～1,175,000	17,250	10,350	51,750	10,350	69,000	20,700
47	1,210,000	1,175,000～1,235,000	18,150	10,890	54,450	10,890	72,600	21,780
48	1,270,000	1,235,000～1,295,000	19,050	11,430	57,150	11,430	76,200	22,860
49	1,330,000	1,295,000～1,355,000	19,950	11,970	59,850	11,970	79,800	23,940
50	1,390,000	1,355,000～	20,850	12,510	62,550	12,510	83,400	25,020

※介護保険料の支払いは40歳以上65歳未満の被保険者が対象です。

◆2022年度以降の保険料月額表につきましては、健康保険組合ホームページに随時掲載予定です。

保険給付のしくみ

健康保険では、業務外で発生した病気やけがに対して、保険給付が行われます。

保険証を提出して受診します

病気やけがをしたとき、医療機関の窓口で保険証を提出すると、医療費の支払いにあたり、健康保険組合から給付される分の医療費はあらかじめ差し引かれ、患者本人が負担する分の医療費だけを支払えばよいことになります。

ただし、これは健康保険を取り扱っている「保険医療機関」で療養を受ける場合で、健康保険を扱わない医療機関で療養を受けた場合は、医療費の全額を自分で負担しなければなりません。



受けられる療養の範囲

健康保険で受けられる療養の範囲は、健康保険法により次のように定められています。

- ① 診察
- ② 薬剤または治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 在宅療養・看護
- ⑤ 入院・看護

健康保険の給付には「法定給付」と「付加給付」があります

法定給付は健康保険法に定められた給付で、すべての健康保険組合で同様の給付が行われます。一方、付加給付は法定給付に上乗せして支給される給付のことで、一定の範囲内であれば、各健康保険組合が独自に設定することができます。

保険給付の詳しい内容については 22 頁～ 23 頁をご参照ください。

保険給付には「現物給付」と「現金給付」があります

現物給付とは、病気やけがを治すために医療そのものを給付することをいいます。つまり医療機関で受ける治療行為などが現物給付となります。

現金給付とは、療養にかかった費用をはじめ現金で支給される給付のことです。休業・出産・死亡などに対する給付金が現金給付となります。

保険給付は 2 年で時効に

健康保険の給付を受ける権利は 2 年で時効となります。
請求の手続きを自分で行う場合はご注意ください。

受給権は保護されます

健康保険の給付を受ける権利は、他人にゆずったり、担保にしたり、差し押さえたりすることはできません。

健康保険が使えるときと使えないとき

健康保険の給付の対象となるのは、治療方法として安全性や有効性が認められ、あらかじめ国によって保険の適用が認められている療養に限られます。

✕ こんなときは健康保険が使えません

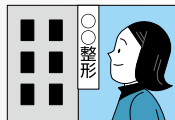
- 仕事や日常生活にさしさわりのないソバカス、アザ、ニキビ、ホクロ、わきがなど



- 回復の見込みがない近視、遠視、乱視など



- 美容のための整形手術



- 予防注射や予防内服



- 健康診断、生活習慣病検査、人間ドック



- 正常な妊娠・出産



- 経済的理由による人工妊娠中絶



○ こんなときは健康保険が使えます

- 治療を必要とする症状があるもの



- 視力に変調があって診てもらったときの診察、検査、眼鏡の処方箋



- けがの処置のための整形手術



- 傷口から感染している可能性がある場合の破傷風の予防注射など



- 検査の結果、医師が必要と認めた場合の治療



- 妊娠高血圧症候群、異常出産など、治療する必要があるもの



- 経済的理由以外の場合の母体保護法に基づく人工妊娠中絶



勤務中や通勤途中のけが等は労災保険の扱いに

勤務中や通勤途中にけが等をしたときは、健康保険ではなく労災保険が適用され、健康保険と重複して給付を受けることはできませんので、ご注意ください。

なお、労災保険の給付対象とならない場合は健康保険から給付を受けます。ただし、法人役員の場合は給付を受けられません（被保険者が5人未満の法人を除く）。

！ 手厚い給付が受けられます

労災保険が適用されると、労災病院か労災指定病院で療養を受ければ、業務災害であれば患者本人の負担がなく、通勤災害の場合は一部負担金が200円となります。やむを得ず一般の病院で療養を受けた場合でも、あとから払い戻しの請求ができます。

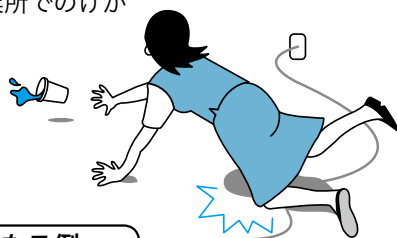


業務災害とは

就業時間中で仕事をしている間に、仕事が原因となって発生したけがや病気になった場合をさします。

業務上となる例

- 作業の準備や後片付け中のけが
- トイレ、飲水に行く途中のけが
- 休憩中、設備の不備によるけが
- 社内通路の不安全によるけが
- 出張先の事業所でのけが



業務外となる例

- 昼休み、キャッチボールでけがをした
- 出張先で祭り見物をしていてけがをした

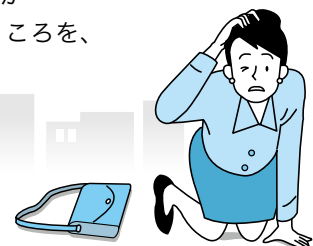


通勤災害とは

「通勤」を原因とするけがや病気をさします。なお、通勤とは住居と就業の場所との間を「合理的な経路および方法」によって往復することと定められています。

通勤災害とされる例

- 出勤・帰宅途中、駅の階段で転倒による負傷
- 勤務上の理由による外泊先からの出社途中のけが
- 家から得意先に直行あるいは出先から直接帰宅途中でのけが
- ふつう考えられる経路が複数あるとき、いずれも合理的な経路でのけが
- ふだん電車で通うところを、車で走行中の事故



通勤災害とされない例

- 通勤中の本人の素因による心臓発作
- 就業後、長時間にわたりサークル活動をしてからの帰宅途中のけが
- 出勤扱いとならない行事会場から帰宅途中のけが
- 自宅敷地内での転倒、負傷
- 泥酔運転での事故

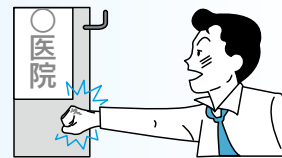
実際には明確に分けられない例が多いので、そのつど労働基準監督署等で認定を受けることになります。

保険給付が制限されるときがあります

業務外の病気やけがであっても、次のような場合には保険給付が制限されます。

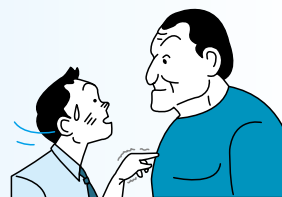
全部を制限 (埋葬料以外)

- 故意に事故をおこしたとき



全部または 一部を制限

- けんか、泥酔などが原因のとき
- 詐欺や不正行為で保険給付を受けたり、受けようとしたとき
- 健康保険組合が指示する質問や診断などを拒んだとき



一部を制限

- 正当な理由がなく、医師の指示に従わなかったとき



※少年院や刑事施設・留置場などに入っている場合も、公費で療養の給付が受けられることなどから保険給付が行われません。

公費負担で受けられる医療について

病気の種類や患者の条件によっては、国や自治体が医療費の全額あるいは一部を負担することがあります。詳しくは該当する病気の治療を受けたり、入院したりするときに、医師に相談してください。

各種認定証「受給者証」「医療証」などをお持ちの方は、COPYを健保組合へ提出お願いします。

健保組合として医療費助成の内容が正確に把握できず、医療費助成と健保付加金の重複払いとなった場合は、付加金を返還していただくことになります。

たとえば、こんなとき 公費負担医療に該当します

- 戦傷病者や原爆被爆者に対する医療のように国家補償の意味を持つ場合
- 感染症など社会防疫の意味を持つ場合
- 身体障害者への医療のような社会福祉の意味を持つ場合
- 企業活動に基づく公害病
- 難病の治療、研究を目的とする場合

各自治体独自の医療給付

公費負担医療には、法律として定められた制度のほかにも、都道府県・市区町村など自治体が独自に助成を行うことがあります。助成内容等はそれぞれ異なりますので、お住まいの都道府県・市区町村の担当窓口にお問い合わせください。

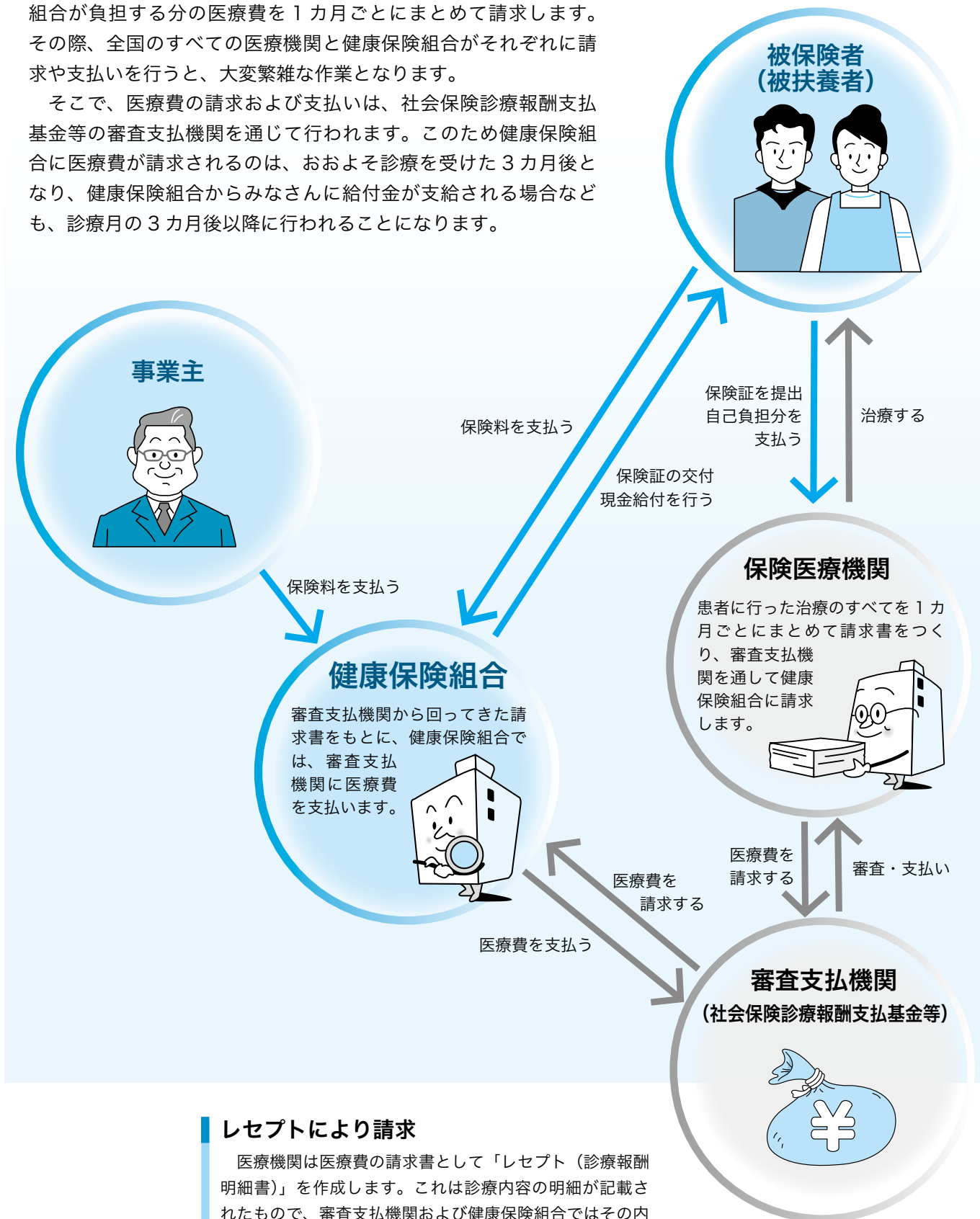
たとえば、こんな助成があります

- 乳幼児の医療費
- 心身障害者の医療費
- 老人医療費

医療費支払いのしくみ

療養にあたって保険証が提出された場合、医療機関は健康保険組合が負担する分の医療費を1カ月ごとにまとめて請求します。その際、全国のすべての医療機関と健康保険組合がそれぞれに請求や支払いを行うと、大変複雑な作業となります。

そこで、医療費の請求および支払いは、社会保険診療報酬支払基金等の審査支払機関を通じて行われます。このため健康保険組合に医療費が請求されるのは、おおよそ診療を受けた3カ月後となり、健康保険組合からみなさんに給付金が支給される場合なども、診療月の3カ月後以降に行われることになります。



レセプトにより請求

医療機関は医療費の請求書として「レセプト（診療報酬明細書）」を作成します。これは診療内容の明細が記載されたもので、審査支払機関および健康保険組合ではその内容に誤りがないかをチェックしています。

ホームページ上でかかった医療費をお知らせしています

医療費は国が定めた基準に基づいて決められるため、全国すべての医療機関で一律となっています。ところが、医療機関で支払う医療費は、保険証を提出すれば自己負担分だけで済むため、実際にかかった医療費はなかなか把握できません。そこで、健康保険組合ではホームページ上で、かかった医療費をお知らせしています。

◆トップページにある「医療費照会 KOSMO Web」よりご確認ください。



(ログインには被保険者ご自身が登録する ID/PW が必要です)
健保 HP : <https://www.nykkenpo.or.jp/>

●記載内容に誤りがないか チェックしてみてください

医療費の誤った請求や不審な請求があった場合に、医療費通知のチェックによって発見できることがあります。おかしい点があった場合は、健康保険組合までご連絡ください。

●「KOSMO Web」ではこんな情報も提供しておりますのでご活用ください。

- 過去の健診結果情報が照会できます。
- 国税電子申告・納税システム (e-Tax) の医療費控除申請で利用する医療費通知が取得できます。

▼ 医療費照会画面 <例>

治療をうけた方	診療年月	入院・通院の区分	日数 または 回数	医療費 の 総額	健保組合が 支払った額	国や 都道府県等 が 支払った額	あなたが 支払った額	摘要
健保 一郎	〇〇〇〇年〇月	通院 〇〇病院	1	740円	518円	0円	222円	
〇〇〇年〇月診療分から〇〇〇〇年〇月診療分までの累計				740円	518円	0円	222円	

印刷用画面表示
戻る

「医療費控除」の対象になると税金が戻ります

医療費控除とは、1年間に負担した医療費が一定額を超えると、税務署に確定申告をすると税金が戻ってくる制度のことです。

■控除対象となる医療費の例

次のような費用のうち、健康保険の給付金や生命保険会社等から支払われた医療費を補てんする保険金等を差し引いた自己負担額が控除の対象となります。

- 医師に支払った治療費 ●治療のための医薬品の購入費
- 通院費用、往診費用 ●歯科の保険外費用
- 妊娠時から産後までの診察と出産費用 など

■控除対象とならない医療費の例

- 健康診断、人間ドックの費用
- ビタミン剤、消化剤、体力増強剤など治療のためではない医薬品の購入費 など

■支払額が 10 万円を超えるとき対象になります

前年 1 月から 12 月までに支払った医療費が 10 万円または年間所得の 5% の少ない方を超えるとき、上限 200 万円までが課税所得額から控除され、税金が確定精算されます。

■申告の手続き

確定申告の時期は、毎年 2 月 16 日から 3 月 15 日までの 1 カ月間ですが、給与所得者による医療費控除等の還付申告については、1 月から受けられます。

申告には「医療費控除の明細書」を提出します。この明細書の作成には「医療費通知」が活用できます（ただし、諸費用の領収書は 5 年間保管する必要があります）。そのほか、給与の源泉徴収票などが必要です。詳しくは最寄りの税務署へお問い合わせください。

$$\left(\begin{array}{c} \text{支払った} \\ \text{医療費} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{c} \text{給付金・} \\ \text{保険金等} \end{array} \right) - \begin{array}{c} \text{どちらか少ないほう} \\ 10\text{万円} \\ \text{所得総額の5\%} \end{array} = \begin{array}{c} \text{医療費控除額} \\ \text{(最高限度額)} \\ \text{(200万円)} \end{array}$$

セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)として、令和 3 年 12 月 31 日までの間にスイッチ OTC 医薬品の購入費の合計額が年間 12,000 円を超えた場合、所得控除を受けることができます。なお、この特例の適用を受ける場合には、上記の医療費控除の適用を受けることはできません。

保険給付一覧 健康保険組合では



被保険者の給付一覧

法定給付 ● 健康保険法で決められた給付			付加給付 ● 当組合独自の給付 法定給付に加えて支給	詳細頁
給付の種類	支給要件	給付内容		
○ 病気やけがをしたとき				
療 養 の 給 付	保険医療機関に保険証を提出して、病気やけがの療養を受けたとき	保険適用分の医療費の 7 割		25
保険外併用療養費	保険との併用が認められる保険適用外の療養を受けたとき	〈70 歳～74 歳の場合〉 8 割（現役並み所得者：7 割）	●一部負担還元金 自己負担額から 20,000 円を控除した額を支給 (1,000 円未満切捨て)	30
療 養 費	立て替え払いをしたとき			32
高 額 療 養 費	1 件の療養に関して、1 カ月に同一の医療機関に支払った額が限度額を超えたとき	自己負担限度額(1 カ月)を超えた額 ●標準報酬月額所得区分 83 万円以上：252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% 53～79 万円：167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% 28～50 万円：80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% 26 万円以下：57,600 円 ※低所得者の自己負担限度額は 35,400 円になります。 ※直近 12 カ月間に 3 カ月以上高額療養費に該当した場合、4 カ月目からは自己負担限度額が低額になります ※70 歳～74 歳の自己負担限度額は異なります		27
合算高額療養費	同一世帯内で 21,000 円以上の自己負担が 1 カ月に 2 件以上あり、その額を合算すると限度額を超えるとき		●合算高額療養費付加金 自己負担の合計額から 20,000 円を控除した額を支給 (1,000 円未満切捨て)	28
高額介護合算療養費	1 年間に医療と介護にかかった自己負担の合算額が限度額を超えたとき	自己負担限度額(1 年)を超えた額のうち医療にかかった自己負担の比率に応じた額		29
訪問看護療養費	訪問看護を受けたとき	看護費用の 7 割 ※70 歳～74 歳の給付割合は療養の給付と同様です	●訪問看護療養費付加金 自己負担額から 20,000 円を控除した額を支給 (1,000 円未満切捨て)	35
入院時食事療養費	入院して医療機関から食事の提供を受けたとき	1 日 3 食を限度に 1 食あたり 460 円を超えた額 ※低所得者等には負担軽減措置があります		34
入院時生活療養費	65 歳以上の人が療養病床に入院したとき	食費として 1 日 3 食を限度に 1 食あたり 460 円を超えた額、居住費として 1 日 370 円を超えた額 ※低所得者等には負担軽減措置があります		34
移 送 費	歩行が困難な状態で転院などをするとき	健康保険組合が算定する基準額の範囲内の実費		36
○ 病気やけがで働けないとき				
傷 病 手 当 金	療養のために休業し、給料を受けられないとき	休業 1 日につき〔直近 12 カ月間の標準報酬月額平均額の 30 分の 1〕の 3 分の 2 相当額 ●支給期間：欠勤 4 日目から 1 年 6 カ月間	●傷病手当金付加金 休業 1 日につき標準報酬日額の 75/100 に相当する額から傷病手当金の額を控除した額	37
○ 出産をしたとき				
出 産 手 当 金	出産のために休業し、給料を受けられないとき	休業 1 日につき〔直近 12 カ月間の標準報酬月額平均額の 30 分の 1〕の 3 分の 2 相当額 ●支給期間：出産の日以前 42 日（双子以上の場合は 98 日。出産予定日が遅れた場合はその期間も支給）、出産の日後 56 日間		39
出産育児一時金	出産をしたとき	1 児につき 420,000 円 ※産科医療補償制度に未加入の分娩機関で出産したときは 404,000 円になります	●出産育児一時金付加金 1 児につき 50,000 円を支給	38
○ 死亡したとき				
埋 葬 料	死亡したとき	一律 50,000 円 ※埋葬料を受け取る人がいない場合は、埋葬を行った人に埋葬料の範囲内の実費を支給	●埋葬料付加金 一律 50,000 円を支給	40

こんな保険給付を行っています



被扶養者の給付一覧

法定給付 ● 健康保険法で決められた給付			付加給付 ● 当組合独自の給付 法定給付に加えて支給	詳細頁
給付の種類	支給要件	給付内容		
○ 病気やけがをしたとき				
家族療養費	保険医療機関に保険証を提出して、病気やけがの療養を受けたとき	保険適用分の医療費の 7 割 〈小学校入学前の場合〉 8 割 〈70 歳～74 歳の場合〉 8 割（現役並み所得者：7 割）	● 家族療養費付加金 自己負担額から 20,000 円を控除した額を支給 （1,000 円未満切捨て）	25
* 保険外併用療養費	保険との併用が認められる保険適用外の療養を受けたとき			30
* 療 養 費	立て替え払いをしたとき			32
高額療養費	1 件の療養に関して、1 カ月に同一の医療機関に支払った額が限度額を超えたとき	自己負担限度額（1 カ月）を超えた額 ● 標準報酬月額別の所得区分 83 万円以上：252,600 円 +（医療費 - 842,000 円）× 1% 53～79 万円：167,400 円 +（医療費 - 558,000 円）× 1% 28～50 万円： 80,100 円 +（医療費 - 267,000 円）× 1% 26 万円以下： 57,600 円 ※低所得者の自己負担限度額は 35,400 円になります。 ※直近 12 カ月間に 3 カ月以上高額療養費に該当した場合、4 カ月目からは自己負担限度額が低額になります ※ 70 歳～74 歳の自己負担限度額は異なります		27
合算高額療養費	同一世帯内で 21,000 円以上の自己負担が 1 カ月に 2 件以上あり、その額を合算すると限度額を超えるとき		● 合算高額療養費付加金 自己負担の合計額から 20,000 円を控除した額を支給 （1,000 円未満切捨て）	28
高額介護合算療養費	1 年間に医療と介護にかかった自己負担の合算額が限度額を超えたとき	自己負担限度額（1 年）を超えた額のうち医療にかかった自己負担の比率に応じた額		29
家族訪問看護療養費	訪問看護を受けたとき	看護費用の 7 割 ※小学校入学前・70 歳～74 歳の給付割合は家族療養費と同様です	● 家族訪問看護療養費付加金 自己負担額から 20,000 円を控除した額を支給 （1,000 円未満切捨て）	35
* 入院時食事療養費	入院して医療機関から食事の提供を受けたとき	1 日 3 食を限度に 1 食あたり 460 円を超えた額 ※低所得者等には負担軽減措置があります		34
* 入院時生活療養費	65 歳以上の人が療養病床に入院したとき	食費として 1 日 3 食を限度に 1 食あたり 460 円を超えた額、居住費として 1 日 370 円を超えた額 ※低所得者等には負担軽減措置があります		34
家族移送費	歩行が困難な状態で転院などをするととき	健康保険組合が算定する基準額の範囲内の実費		36
○ 出産をしたとき				
家族出産育児一時金	被扶養者が 出産をしたとき	1 児につき 420,000 円 ※産科医療補償制度に未加入の分娩機関で出産したときは 404,000 円になります	● 家族出産育児一時金付加金 1 児につき 50,000 円を支給	38
○ 死亡したとき				
家族埋葬料	被扶養者が 死亡したとき	一律 50,000 円	● 家族埋葬料付加金 一律 50,000 円を支給	40

* 「保険外併用療養費」「療養費」「入院時食事療養費」「入院時生活療養費」が被扶養者に支給されるときは「家族療養費」として支給されます。

● 75 歳以上の人は後期高齢者医療制度に加入するため、健康保険組合から保険給付が行われることはありません。

病気やけがをしたとき

病気やけがをしたとき、保険証を提出して受診すると、かかった医療費の3割を支払えば必要な療養が受けられます。なお、小学校入学前の子どもと70歳以上の高齢者は、自己負担がさらに軽減されます。

かかった医療費の3割を自己負担

病気やけがをしたとき、医療機関の窓口で保険証を提出すると、かかった医療費の3割を支払えば、必要な療養が受けられます。

- 負担割合は年齢によって異なります。
- 入院した場合は、医療費のほかに食事にかかる費用として、別途自己負担があります。また、65歳以上で療養病床に入院した場合は、食事と居住にかかる費用として、別途自己負担があります。詳しくは34頁をご参照ください。

健康保険組合が医療費の7割を負担

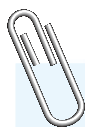
健康保険では、業務外の病気やけがに対して行う保険給付を、被保険者の場合は「療養の給付」、被扶養者の場合は「家族療養費」といいます。医療機関で支払う医療費が3割で済むのは、医療費の7割を健康保険組合が負担しているからです。

- 病気やけがに対する保険給付でも、保険外の療養を併用したときは「保険外併用療養費」（30頁参照）、立て替え払いをして後から払い戻しを受けるときは「療養費」（32頁参照）といえます。



家族療養費でも 被保険者に支給されます

健康保険の給付は、被保険者本人に対して行われます。被扶養者の病気やけがに対して保険給付を行う場合でも、支給対象者はあくまで被保険者本人になります。



Q & A

Q 被扶養者である家族が医師にかかっている最中に被保険者が退職をし、健康保険組合の加入資格を失いました。家族はそのまま健康保険でかかれるのでしょうか？

A 健康保険の給付は、たとえ家族療養費でも、被保険者に支給することになっています。したがって、被保険者が加入資格を失うと、被扶養者への給付は打ち切られることになります。

Q 新生児が治療に必要な病気にかかっていることがわかりました。保険診療を受けられるのでしょうか？

A 新生児の被扶養者としての資格は出生の日から発生しますが、被扶養者として認定されるまでは保険診療は受けられません。ただし、やむを得ない理由で届出が遅れた場合、後日被扶養者としての認定を受ければ、家族療養費の請求をすることにより払い戻しを受けることができます。

受けられる
給付

被保険者が病気やけがをしたとき **療養の給付**

被扶養者が病気やけがをしたとき **家族療養費**

■支給される額

かかった医療費の 7 割

- 給付の対象となるのは保険が適用される療養に限られます。



当組合の付加給付

当組合では自己負担がさらに軽減されるように、自己負担した医療費が一定の額を超えた場合、被保険者は「一部負担還元金」として、被扶養者は「家族療養費付加金」として付加給付を支給しています。

一部負担還元金

被保険者が医療機関で支払った医療費から 20,000 円を差し引いた額が支給されます。ただし、1,000 円未満の金額は切り捨てとなります。

家族療養費付加金

被扶養者が医療機関で支払った医療費から 20,000 円を差し引いた額が支給されます。ただし、1,000 円未満の金額は切り捨てとなります。

- 計算の対象となる自己負担額は、月の初日から末日までの 1 カ月間、1 件のレセプトについての自己負担額となります。
- 入院時の食事療養・生活療養にかかる標準負担額（34 頁参照）、また保険適用外のサービスにかかる費用などは自己負担額に含みません。
- 高額療養費（27 頁参照）として支給された額は、自己負担額から除かれます。

※払い戻しの対象となる自己負担を計算するときの基準については、26 頁をご参照ください。

支払いは医療機関から健康保険組合に送られてくるレセプトをもとに自動的に支払われますが、支払いの時期はおおよそ診療月の 3 カ月後になります。

年齢によって 異なる給付割合

保険給付の割合は基本的に 7 割です。ただし、年齢によってはさらに手厚い給付が行われ、小学校入学前は 8 割となります。また、現役並みの所得がある場合を除き、70 歳～74 歳は 8 割、75 歳以上は 9 割となります。

○年齢別に見る給付割合と自己負担

	▼自己負担	▼保険給付	
小学校入学前	2 割	8 割	…健康保険組合から支給
小学校入学後～69 歳	3 割	7 割	
70 歳～74 歳	2 割	8 割	
現役並みの所得がある場合	3 割	7 割	
75 歳以上	1 割	9 割	…後期高齢者医療制度から支給
現役並みの所得がある場合	3 割	7 割	

自己負担が高額になったとき

医療費の自己負担には「限度額」があり、一定の基準に基づいて計算した自己負担額が限度額を超える場合、超えた額が「高額療養費」として支給されます。

自己負担には「限度額」がもうけられています

健康保険を使えば医療費の負担が一部で済むとはいえ、重い病気にかかったり長期入院したりすれば、多額の医療費を支払わなければなりません。そのような負担を軽減するために、医療費の自己負担には「限度額」がもうけられています。

1カ月単位の限度額です

支払った医療費のすべてが計算の対象になるわけではありません。計算対象となるのは、月の1日から末日までの1カ月にかった医療費で、さらに次のような決まりに基づいて計算された自己負担額が、限度額を超えたときが払い戻しの対象となります。



医療費の自己負担を計算するときの基準

- ①病院・診療所ごとに計算
 - 複数の病院や診療所に同時にかかっている場合は、それぞれ別件として計算されます。
 - 一度退院したあとに、同じところへ再入院するなどの場合は、同一月内であれば合わせて1件の診療として計算されます。
- ②歯科は別に計算
 - 同じ病院や診療所内に歯科があり、同時に受診する場合でも、それぞれ別に計算されます。
- ③入院と通院は別に計算
 - 同じ病院・診療所でも、入院と通院はそれぞれ別件として計算されます。
- ④入院時に支払う標準負担額は対象外
 - 入院時に患者が負担する食費や居住費は計算の対象外です。
- ⑤差額ベッドなどは対象外
 - 保険診療の対象とならない、入院したときの差額ベッド代や個人で特別につけた看護費用などは計算の対象外です。

限度額を超えた分が「高額療養費」として支給されます

一定の基準に基づいて計算された医療費の自己負担額が、限度額を超える場合、超えた額が「高額療養費」として支給されます。

● 自己負担限度額は所得や年齢によって異なります

自己負担限度額は所得に応じて異なります。また、70 歳以上と 70 歳未満では自己負担限度額が異なります。

受けられる
給付

高額療養費

■ 支給の条件

1 件の診療ごとに、1 カ月にかかった医療費の自己負担が限度額を超える場合

■ 支給される額

自己負担限度額を超えた額

当組合ではさらに自己負担が軽減されるように、自己負担額が 20,000 円を超える場合には、「一部負担還元金」「家族療養費付加金」として払い戻しを受けることができます。(25 頁参照)

● ポイント

- ① 健保組合にて自動計算を行います。
- ② 被保険者からの申請は必要ありません。

70 歳未満の自己負担限度額

所得に応じて 5 つの区分があります。

■ 自己負担限度額

標準報酬月額 83 万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1%
標準報酬月額 53 ～ 79 万円	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1%
標準報酬月額 28 ～ 50 万円	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%
標準報酬月額 26 万円以下	57,600 円
低所得者	35,400 円

※低所得者とは、市町村民税の非課税者である被保険者と被扶養者、または低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者と被扶養者が該当します。

窓口での支払いが限度額までで済みます———限度額適用認定証

同一月・同一医療機関で医療費が自己負担限度額を超える場合、「限度額適用認定証」を提出していれば、医療機関での支払いが自己負担限度額までで済みます。

● 事前に申請を

「限度額適用認定証」は所得の区分を確認するためのものです。70 歳未満の人および 70 歳以上の現役並み所得者で標準報酬月額 28 ～ 79 万円の人は事前に健康保険組合に申請をして交付を受けておくことが必要です。

自己負担額がさらに軽減される場合

◎世帯ごとの自己負担が高額になったとき

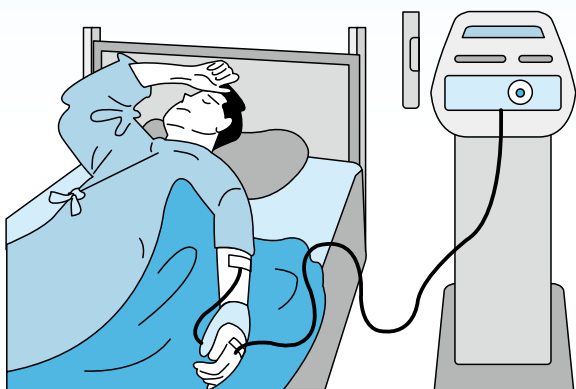
高額療養費は1カ月1件ごとの自己負担が限度額を超えているときに支給対象となりますが、同一世帯内で一定額を超える医療費の自己負担が複数発生した場合は、自己負担額を世帯合算し、その額が1カ月の自己負担限度額を超える場合には、超えた額が「合算高額療養費」として支給されます。

受けられる
給付

合算高額療養費

■支給の条件

同一月に同一世帯内で21,000円以上の自己負担が2件以上ある場合で、これらの自己負担額を合算した額が自己負担限度額を超える場合



当組合の付加給付

当組合では自己負担がさらに軽減されるように付加給付を支給しています。

合算高額療養費付加金

合算高額療養費が支給される場合に、給付の対象となった自己負担の合計額から、合算高額療養費として払い戻された分と1件あたり20,000円を差し引いた額が支給されます。ただし、1,000円未満の金額は切り捨てとなります。

支払いは医療機関から健康保険組合に送られてくるレセプトをもとに自動的に支払われますが、支払いの時期はおおよそ診療月の3カ月後になります。

◎高額療養費に多数該当するとき

直近12カ月の間に、同一世帯で3カ月以上高額療養費に該当した場合は、4カ月目からは自己負担限度額が低額に設定されます。

■自己負担限度額（多数該当の場合）

標準報酬月額 83 万円以上	140,100 円
標準報酬月額 53 ～ 79 万円	93,000 円
標準報酬月額 28 ～ 50 万円	44,400 円
標準報酬月額 26 万円以下	44,400 円
低所得者	24,600 円

◎特定疾病に該当するとき

特定の長期高額疾病の治療を受ける場合は、「特定疾病療養受療証」を提出すると、自己負担が1カ月10,000円で済みます。ただし、人工透析を要する患者が70歳未満で標準報酬月額53万円以上に該当する場合は、自己負担が1カ月20,000円になります。

●該当する長期高額疾病

血友病、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群、人工透析を要する患者

70歳以上の自己負担限度額

外来の場合の個人ごとの自己負担限度額（一般と低所得者）と、世帯で合算した場合の自己負担限度額があります。

自己負担限度額		個人ごと	世帯ごと
現役並み所得者	標準報酬月額 83 万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% (140,100 円)	
	標準報酬月額 53 ～ 79 万円	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% (93,000 円)	
	標準報酬月額 28 ～ 50 万円	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (44,400 円)	
一般	標準報酬月額 26 万円以下	18,000 円 ・年間（前年 8 月 1 日～7 月 31 日）上限 144,000 円	57,600 円 (44,400 円)
低所得者	低所得Ⅱ	8,000 円	24,600 円
	低所得Ⅰ	8,000 円	15,000 円

※ 1 日生まれの場合を除き、75 歳の誕生日を迎える月は、月の途中で加入する医療保険制度が変わるため、自己負担限度額が半額になる特例があります。
 ※ 直近 12 カ月間に 3 カ月以上高額療養費に該当した場合、4 カ月目以降は多数該当として、() 内の額に自己負担限度額が引き下げられます。
 ※ 低所得Ⅱとは、市町村民税非課税である被保険者もしくはその被扶養者等、低所得Ⅰとは、被保険者およびその被扶養者全員が市町村民税非課税で、所得が一定基準（年金収入 80 万円以下等）を満たす人等が該当します。

医療機関での支払いは自己負担限度額までで済みます（現役並み所得者で標準報酬月額 28 ～ 79 万円の人は限度額適用認定証が必要です）。なお、世帯合算した額が自己負担限度額を超える場合は、あとから払い戻しを受けます。

現役並み所得者とは

標準報酬月額 28 万円以上の人が該当します。ただし、次に該当する場合は健康保険組合に届け出れば一般扱いとなります。

- 年収が高齢者複数世帯で 520 万円、高齢者単身世帯で 383 万円に満たない場合
- 被扶養者が後期高齢者医療制度に加入することで、年収の判定基準が複数世帯から単身世帯となり、現役並み所得者に該当する場合

◎医療と介護の自己負担が高額になったとき

同一世帯内に介護保険の受給者がいて、1 年間の医療と介護を合わせた自己負担が高額になった場合にも、負担軽減のために限度額がもうけられています。被保険者の申請により、限度額を超えた額が、健康保険からは「高額介護合算療養費」として、介護保険からは「高額医療合算介護サービス費」として、それぞれ支給されます。

受けられる
給付

高額介護合算療養費

■支給の条件

同一世帯内で医療と介護ともに自己負担がある場合で、1 年間（前年 8 月 1 日～7 月 31 日）に両制度でかかった自己負担を合算した額が限度額を超える場合

※ 限度額を超えた額が 500 円以下の場合は支給されません。

※ 70 歳未満は、医療の自己負担が 1 件 21,000 円以上の場合が対象となります。

- 申請は 7 月 31 日現在加入している医療保険の保険者（健康保険組合等）に行います。
- 各保険が支給する額の割合は、自己負担額における医療と介護の割合に準じます。

自己負担限度額（年額）	▼ 70 歳未満	▼ 70 歳～74 歳
標準報酬月額 83 万円以上	212 万円	
標準報酬月額 53 ～ 79 万円	141 万円	
標準報酬月額 28 ～ 50 万円	67 万円	
標準報酬月額 26 万円以下	60 万円	56 万円

※ 低所得者には上記よりも低額な自己負担限度額が設定されています。
 ※ 75 歳以上の高齢者は後期高齢者医療制度から給付を受けます。

保険適用外の療養を 健康保険と併用できるとき

保険適用外の療養を受けても、一定の条件を満たしていれば、保険が適用される療養については「保険外併用療養費」として給付を受けることができます。

受けられる
給付

保険外併用療養費

■支給される額

健康保険が適用される療養については 7 割

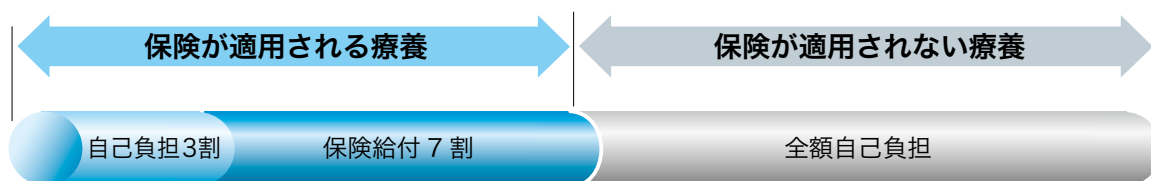
- 給付割合・自己負担は年齢によって異なります。
25 頁をご参照ください。
- 被扶養者の場合は家族療養費として支給されます。

健康保険が適用される療養に関する自己負担が高額になった場合は、「療養の給付」「家族療養費」同様、高額療養費や付加給付の対象となります。

一定の条件を満たせば「混合診療」が認められます

健康保険では、保険が適用されない療養を受けると、保険が適用される部分も含めて、医療費の全額が自己負担となります。しかし、医療技術の進歩や患者のニーズの多様化に対応するために、保険が適用されない療養を受けても、一定の条件を満たした「評価療養」、「患者申出療養」または「選定療養」であれば、保険が適用される部分については保険給付が行われます。

このように、いわゆる「混合診療」を例外的に認める給付が保険外併用療養費です。



「混合診療」が行われた場合

■原則

保険が適用される療養＋保険が適用されない療養
→無条件の混合診療は認められず、医療費の全額を自己負担

■保険外併用療養費の対象となる場合

保険が適用される療養＋評価療養、患者申出療養または選定療養
→保険との併用を認め、医療費の負担を軽減

基本的な考え方

療養全体にかかる費用のうち
基礎的な部分：保険適用 / 特別なサービス：自己負担

保険との併用が認められる 「評価療養」「患者申出療養」「選定療養」

評価療養

医学的な価値が定まっていない新しい治療法や新薬など、
将来的に保険導入をするか評価される療養

- 一定の要件を満たした医療機関における先進医療
- 医薬品・医療機器・再生医療等製品の治験にかかる診療
- 薬価基準に収載される前の承認医薬品の投与
- 保険適用前の承認医療機器・再生医療等製品の使用
- 薬価基準に収載されている医薬品・医療機器・再生医療等製品の適応外使用

患者申出療養

高度の医療技術を用いた療養で、患者の申出に基づいて
将来的に保険導入をするか評価される療養

選定療養

特別な療養環境など患者が自ら希望して選ぶ療養で、
保険導入を前提としない療養

- 差額ベッドへの入院
- 予約診療・時間外診療
- 200床以上の病院に紹介状なしでかかる初診および再診
- 制限回数を超えて受ける診療
- 180日間を超える入院
- 前歯部に金合金などの材料を使用
- 金属床総義歯
- 小児う蝕治療後の継続管理
- 特定機能病院等に紹介状なしでかかる初診および再診
- 多焦点眼内レンズの支給

たとえば、こんなとき 保険外併用療養費の対象になります

■先進医療

保険適用外の先進的な医療技術を受けた場合、医療費の全額が自己負担となりますが、保険適用外の先進的な医療技術でも、安全性や有効性など一定の条件を満たした「先進医療」と認められた場合は、保険との併用が認められます。

■差額ベッド

入院の際、個室など普通より条件の良い病室を希望する場合、保険の適用外となりますが、入院の室料にあたる差額分を自己負担すれば、あとは保険が適用されます。一般によく「差額ベッド」といわれるものです。

■歯の治療

歯の治療にあたり、保険が認められていない方法や材料で治療をすると自費診療となり、治療費が全額自己負担となります。ただし、前歯部に金合金などの材料を使用する場合や金属床総義歯などは、保険外併用療養費の対象となり、差額負担で済みます。治療にあたっては、治療方法や費用などをよく確認するようにしましょう。

立て替え払いをするとき

健康保険では、患者が医療費の全額を医療機関に支払い、後から給付金の払い戻しを受けられる場合があります。このような立て替え払いに対して行われる給付を「療養費」といいます。

受けられる
給付

療 養 費

■支給される額

かかった費用のうち、保険診療に準じて算出された額の 7 割

- 給付割合は年齢や所得によって異なります。詳しくは 25 頁をご参照ください。
- 被扶養者の場合は、家族療養費として支給されます。

健康保険が適用される療養に関する自己負担が高額になった場合は、「療養の給付」「家族療養費」同様、高額療養費や付加給付の対象となります。



たとえば、こんなとき 療養費の支給対象になります

- 急病のため保険証を持たずに医療機関にかかった
- やむを得ない理由で保険が適用されない医療機関にかかった
- 就職直後で保険証が届いていないときに医療機関にかかった
- 海外滞在中や旅行中に病気やけがをして医療機関にかかった

申請書類 ▶ 療養費支給申請書、診療内容明細書、領収証の原本
提出先 ▶ 人事グループ 給与・厚生センター 厚生チーム

！こんなことに ご注意ください

- 支払った費用のすべてが給付対象になるとは限りません。健康保険で認められている治療方法と料金に基づいて算出された額が支給されます。
- 請求には必ず領収証が必要になります。
- この方法はあくまで例外で、健保組合がやむを得ないと認めた場合にのみ支給されます。

海外での受診について

海外で受診したときも療養費として払い戻しを受けることができますが、こんなことにご注意ください。

- 支払った費用のすべてが給付の対象になるとは限りません。
※治療内容のレベルや治療費は国ごとに異なるため、海外の病院で発行された診療内容明細書と領収明細書に基づいて、国内の健康保険で定めた治療費を基準に算定した額が給付の対象となります。
- 請求にあたっては診療内容明細書と領収明細書、パスポート、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し、海外の医療機関に照会を行うことの同意書が必要になります。
- 添付書類が外国語で作成されている場合は翻訳が必要になります。
- 日本国内で保険適用となっていない療養は給付の対象になりません。
- 療養の目的で海外に出向き、療養を受けた場合は支給対象になりません。

こんなときも **立て替え払い** で給付を受けます

健康保険では、保険証の提出にかかわらず、次のような場合も立て替え払いで給付を受けることになっています。

●生血液の輸血を受けたとき

給付内容 ▶ 基準料金の 7 割

申請書類 ▶ 療養費支給申請書、領収証、輸血証明書

●医師の指示により、義手・義足・義眼・ コルセットなどの治療用装具を 購入、着装したとき

給付内容 ▶ 基準料金の 7 割

申請書類 ▶ 療養費支給申請書、領収証、保険医の証明書、当該装具の写真（全体がわかるもの）

●保険医の同意を得て、はり・きゅう、 あんま・マッサージ・指圧の 施術を受けたとき

給付内容 ▶ 基準料金の 7 割

申請書類 ▶ 療養費支給申請書、領収証、保険医の同意書、施術報告書の写し（再同意時）

●四肢のリンパ浮腫治療や慢性静脈不全による 難治性潰瘍治療のために弾性着衣等を購入し たとき

給付内容 ▶ 上限の範囲内の 7 割

申請書類 ▶ 療養費支給申請書、領収証、保険医の装着指示書

●9 歳未満の小児弱視等の治療で 眼鏡やコンタクトレンズを作成したとき

給付内容 ▶ 上限の範囲内の 7 割

（小学校入学前は 8 割）

申請書類 ▶ 療養費支給申請書、領収証、保険医の作成指示書、患者の検査結果

※給付割合は年齢や所得によって異なります。
詳しくは 25 頁をご参照ください。

**医師の指示であっても、症状固定後や疼痛予防など
日常生活の利便性や職業上の必要性、美容目的で作成したものは
支給対象外です。**

柔道整復師にかかるとき、こんなことにご注意ください

- 健康保険が適用されるのは、外傷性が明らかな「骨折、脱臼、打撲、ねんざ、肉ばなれ」に関する施術です（内科的原因による疾患は含まれず、いずれの負傷も慢性的な状態に至っていないものに限られます）。また、骨折または脱臼については、応急手当の場合を除き医師の同意が必要です。
- 柔道整復師が払い戻しの請求をするために、必ず請求書に利用者の署名が必要になります。その際、きちんと請求書の内容を確認したうえで署名するようにしてください。

※当健保組合では柔整療養費の適正化のため、受診内容についての確認書にご協力をいただいております。

Q & A

Q 立て替え払いをしたときは、かかった費用の全額が
払い戻しの対象になるのですか？

A 払い戻しを受けることができるのは、健康保険が適用される療養に限られます。
保険診療として定められた額をベースに算出されますので、必ずしもかかった費用の全額が払い戻しの対象になるとは限りません。
また、健保組合にて総合的な審査を行いますので、支給決定には数か月お時間を要する場合があります。

入院したときの食費と居住費について

入院をしたときは、医療費のほかに食費などにかかる費用が必要になります。この場合、患者の負担は「標準負担額」という定額になり、標準負担額を超えた分は健康保険組合が負担します。

入院したときの 標準負担額と保険給付

通常の入院については、食事にかかる費用として「食事療養標準負担額」が必要になりますが、65 歳以上の高齢者が療養病床に入院した場合は、食事と居住にかかる費用として「生活療養標準負担額」が必要になります。

食事療養および生活療養にかかる標準負担額は、高額療養費の対象となりません。入院費用が高額になった場合でも、標準負担額は全額患者の負担となります。

入院した場合

● 食事療養標準負担額

1 日 3 食までの負担を限度とした 1 食あたりの標準負担額となります。なお、低所得者は申請により減額が受けられます。

▼食費	
一 般*	460 円
70 歳未満の低所得者／低所得Ⅱ	210 円
長期入院の場合	91 日目以降 160 円
低所得Ⅰ	100 円

* 指定難病患者等は 260 円

受けられる
給付

入院時食事療養費

■ 支給される額

食事療養にかかる標準負担額を超えた額が、「入院時食事療養費」として支給されます。

※被扶養者の場合は、家族療養費として支給されます。

65 歳以上で療養病床に入院した場合

● 生活療養標準負担額

食費は 1 日 3 食までの負担を限度とした 1 食あたりの標準負担額、居住費は 1 日あたりの標準負担額となります。なお、入院医療の必要性が高い場合は、上記の食事療養標準負担額と 370 円の居住費の負担（指定難病患者は居住費なし）で済みます。また、食費については所得の状況に応じて減額が受けられます。

	▼食費	▼居住費
一 般	460 円	370 円
70 歳未満の低所得者／低所得Ⅱ	210 円	370 円
低所得Ⅰ	130 円	370 円

受けられる
給付

入院時生活療養費

■ 支給される額

生活療養にかかる標準負担額を超えた額が、「入院時生活療養費」として支給されます。

※被扶養者の場合は、家族療養費として支給されます。

「療養病床」とは

主に長期療養される人のための病床です。一般の病床が主に急性期の疾患を扱うのに対し、慢性期の疾患を扱います。

在宅医療を受けるとき

自宅で継続して療養を必要とする人が、かかりつけの医師の指示に基づいて、訪問看護ステーションの訪問看護師などから療養上の世話や必要な補助を受けた場合、「訪問看護療養費」が支給されます。



受けられる
給付

訪問看護療養費・家族訪問看護療養費

支給される額

かかった費用の 7 割

- 給付割合は年齢や所得によって異なります。詳しくは 25 頁をご参照ください。



こんなことに ご注意ください

- 介護保険からも給付を受けられるときは、原則として介護保険が優先されます。
- 交通費やおむつ代などの実費、営業時間外の対応など特別サービスを希望した場合は特別料金の負担が必要になります。



当組合の付加給付

当組合では自己負担がさらに軽減されるように付加給付を支給しています。

訪問看護療養費付加金

訪問看護療養費が支給される場合に、1 カ月の自己負担額の合計額（高額療養費は除く）から 20,000 円を差し引いた額が支給されます。ただし、1,000 円未満の金額は切り捨てとなります。

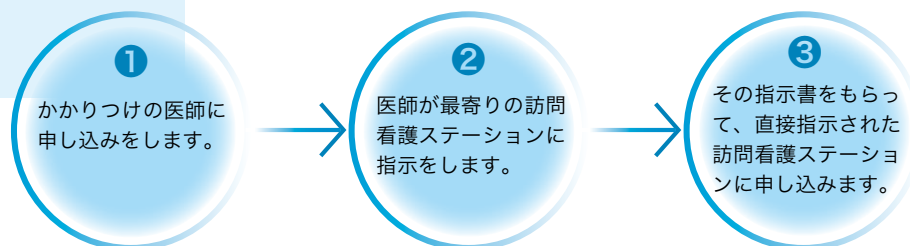
家族訪問看護療養費付加金

家族訪問看護療養費が支給される場合に、1 カ月の自己負担額の合計額（家族高額療養費は除く）から 20,000 円を差し引いた額が支給されます。ただし、1,000 円未満の金額は切り捨てとなります。

支払いは自動的に行われますが、支払いの時期はおおよそ 3 カ月後になります。

利用したいときは 医師に申込を

訪問看護は次のような流れで受けることができます。



病気やけがで移動が困難なとき

病気やけがで移動が困難であり、医師の指示があつて移送された場合は、かかった費用が「移送費」として支給されます。

受けられる
給付

移送費・家族移送費

■支給される額

基準額の範囲内の実費

●移送費支給の基準となる額

最も経済的な通常の経路および方法で移送された場合の費用を算定し、その額が移送費を支給する際の基準額となります。

■支給の対象となる費用

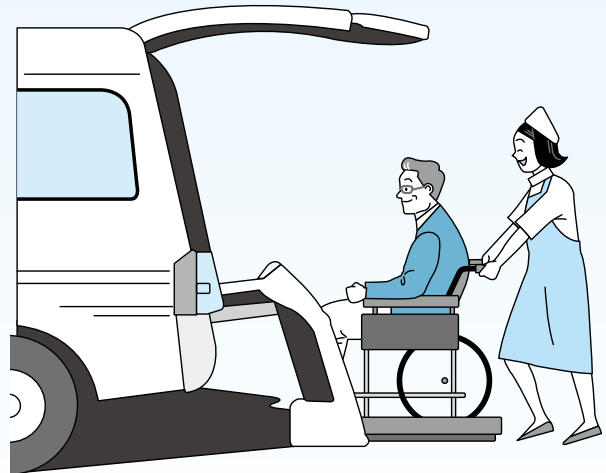
- 自動車、電車などを利用したときは、その運賃
- 医師や看護師の付き添いを必要としたときは、原則として1人までの交通費

※付き添いの医師や看護師による医学的管理にかかる費用を支払った場合は、療養費として支給されます。

■支給の条件

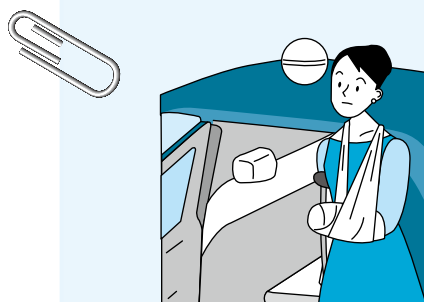
次のいずれにも該当すると健康保険組合が認めた場合に支給されます。

- 移送の目的である療養が保険診療として適切であること
- 療養の原因である病気やけがにより移動困難であること
- 緊急その他やむを得ないこと



！こんなことに ご注意ください

- 通院費用などは給付の対象になりません。
- 支給を受けるには、事前（やむを得ないときは事後）に健康保険組合の承認が必要です。



Q & A

Q 毎日タクシーで通院していますが、移送費は支給されますか？

A 移送費は病気やけがで移動が困難であり、緊急でやむを得ないと判断される場合に限りて支給されるものです。通常の通院費用については、給付の対象になりません。

病気やけがをして働けないとき

被保険者が業務外の病気やけがの治療のため、仕事につくことができず、給料等をもらえないときは「傷病手当金」が支給されます。

受けられる
給付

傷病手当金

■支給の条件

下記の4つの条件すべてに該当しているときに支給されます。

- ① 病気・けがのための療養中(自宅療養でもよい)
- ② 病気やけがの療養のために今まで行っていた仕事につけない
- ③ 続けて3日以上休んでいる
※続けて休んだ場合の4日目から支給されます。
※初めの3日間は「待期間」といい、支給されません。
- ④ 給料等をもらえない
※給料等をもらっても、その額が傷病手当金より少ないときは差額が支給されます。

■支給される額

休業1日について、支給開始日の属する月以前の〔直近12カ月間の標準報酬月額平均額の30分の1〕の3分の2相当額

■支給される期間

支給されることとなった日から1年6カ月間
※暦の上での1年6カ月ですので、途中で出勤した日があっても、支給開始の日から1年6カ月後以降は支給されません。

業務上の事故 が原因のとき

業務上あるいは通勤途中の事故などが原因で休業するときは、労災保険の扱いとなります。ただし、労災保険の給付対象とならない場合は健康保険の扱いとなります。

障害厚生年金が受けられるようになったとき

厚生年金保険の障害厚生年金が受けられるようになると、傷病手当金は打ち切られます。ただし、障害厚生年金の額が傷病手当金の額よりも低ければ、差額が支給されます。



当組合の付加給付

当組合では法定給付に上乗せして、さらに付加給付を支給しています。

傷病手当金付加金

休業1日につき標準報酬日額の75/100に相当する額から傷病手当金の額を控除した額が支給されます。

Q & A

Q けがは治ったものの障害が残り、労務不能となりました。傷病手当金は受けられますか？

A 労務不能であっても、療養のためでなければ、傷病手当金は支給されません。なお、症状が固定し、その障害の程度が国民年金法および厚生年金保険法に定められている障害等級表に該当する場合は、国民年金の障害基礎年金および厚生年金の障害厚生年金あるいは障害手当金（一時金）が支給されます。

出産をしたとき

出産をした場合、被保険者には「出産育児一時金」、被扶養者である家族には「家族出産育児一時金」が支給されます。

受けられる
給付

出産育児一時金・家族出産育児一時金

■支給の条件

被保険者または被扶養者である家族の妊娠4カ月（85日）以上の出産
※生産、死産にかかわらず支給

■支給される額

1児につき420,000円
※双子の場合は2人分支給

●次の場合は支給額が異なります

産科医療補償制度未加入の分娩機関で出産した場合または妊娠22週未満の出産の場合

■支給される額

1児につき404,000円



当組合の付加給付

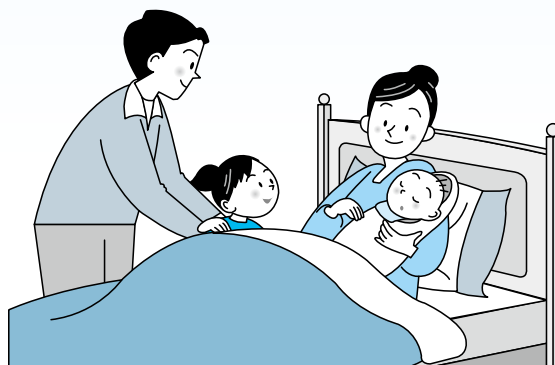
当組合では法定給付に上乗せして、さらに付加給付を支給しています。

出産育児一時金付加金

1児につき50,000円が支給されます。

家族出産育児一時金付加金

1児につき50,000円が支給されます。



出産に対しては 一時金が支給されます

正常な出産は保険医療の扱いにならないため、出産をしたときは費用の補助として一時金が支給されます。なお、異常出産など病気として扱われる場合や他の病気を併発した場合などは保険医療として扱われます。

！産科医療補償制度とは？

通常の妊娠・分娩にもかかわらず、生まれた子どもが脳性麻痺を発症した場合に補償金が支払われる制度で、平成21年1月に創設されました。公益財団法人日本医療機能評価機構により運営され、ほとんどの分娩機関が加入しています。補償対象は、原則として出生体重が1,400g以上かつ妊娠32週以上の出産であり、身体障害者等級1・2級相当の脳性麻痺の重症児の場合です。

出産費用の窓口負担を軽減する 「直接支払制度」

出産費の窓口負担を軽減するしくみとして「直接支払制度」が利用できます。これらの制度を利用すると、窓口での支払いが出産費から一時金の支給額を差し引いた額だけで済みます。なお、出産費用が支給額より少ない場合は、差額が健康保険組合から被保険者に支給されます。

●直接支払制度

分娩機関が被保険者に代わって健康保険組合に一時金の申請を行うことによって、分娩機関が健康保険組合から一時金を受け取る制度です。

▼次の場合は健康保険組合に届出を（詳細は43頁参照）

- 直接支払制度を利用した場合で、出産費用が一時金の支給額より少ない場合…差額を支給
- 直接支払制度を利用した場合で、付加給付を受ける場合…付加給付分を支給
- 上記の制度を希望しない場合…一時金の支給額全額を支給（窓口負担からは一時金分は差し引かれませんが）

出産のために仕事を休んだとき

被保険者が出産のため仕事を休み、給料がもらえなかったときには、「出産手当金」が支給されます。

受けられる
給付

出産手当金

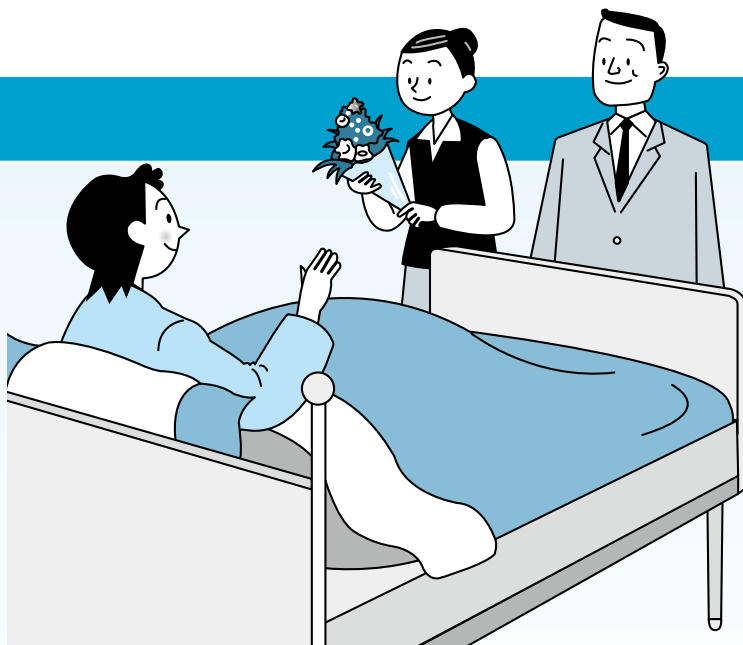
■支給の条件

出産の日以前 42 日（双子以上の場合は 98 日）間、出産の日後 56 日間のうち仕事を休んだ日数分

※出産の日が出産予定日より遅れた場合は、遅れた期間も支給

■支給される額

休業 1 日について、支給開始日の属する月以前の〔直近 12 カ月間の標準報酬月額平均額の 30 分の 1〕の 3 分の 2 相当額



産前産後休業期間中および育児休業期間中は 保険料負担が免除されます

産前産後休業期間中および育児休業期間中は、負担の軽減をはかるため、事業主の申し出により被保険者本人分・事業主負担分の保険料が免除されます。期間は休業などを開始した月から終了した日の翌日が属する月の前月までです。

Q & A

Q 出産予定日と出産の日がずれた場合、
出産手当金はどうなるのでしょうか？

A 出産手当金の支給期間は、出産の日以前 42 日（双子以上の場合は 98 日）から、出産の日後 56 日となっていますが、出産日が予定日より遅れた場合は、遅れた期間についても支給されます。

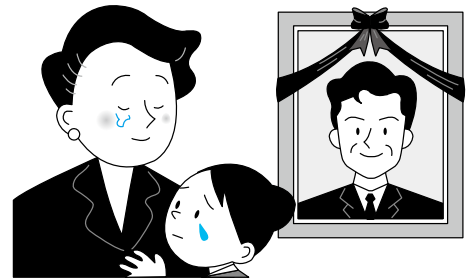


出産手当金と傷病手当金を 同時に受けられるとき

出産手当金を受給中に病気やけがで働けなくなったときは、出産手当金の支給後に傷病手当金を受けることができます。また、傷病手当金の受給中に出産手当金の支給を受けられるようになった場合は、傷病手当金の支給はいったん停止され、出産手当金の支給後に再び傷病手当金が支給されます。ただし、出産手当金の額が傷病手当金の額よりも低ければ、差額が支給されます。

死亡したとき

被保険者が死亡したときは、扶養されていた遺族に「埋葬料」が支給されます。また、被扶養者である家族が死亡したときには、被保険者に「家族埋葬料」が支給されます。



被保険者 本人が死亡したとき

本人によって扶養されていた遺族に「埋葬料」が支給されます。

受けられる
給付

埋葬料

■支給される額

50,000 円

家族や身近な人がいない場合は、実際に埋葬を行った人に、埋葬料の支給額の範囲内で、埋葬にかかった実費が、「埋葬費」として支給されます。申請には領収証の添付が必要です。

申請書類 ▶ 埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金請求書
また、次のいずれか 1 つを添付
・市区町村の埋葬許可証または火葬許可証の写
・死亡診断書、死体検案書または検死調書の写
・被保険者または被扶養者の死亡に関する事業主の証明書

提出先 ▶ 人事グループ 給与・厚生センター

業務上の事故が原因のとき

業務上あるいは通勤途中の事故などが原因で死亡したときは、労災保険の「葬祭料」が支給されます。ただし、平成 25 年 10 月 1 日より、労災保険の給付対象とならない場合は健康保険の扱いとなります。

当組合の付加給付

当組合では法定給付に上乗せして、さらに付加給付を支給しています。

埋葬料付加金

一律 50,000 円が支給されます。

Q & A

Q 本人が死亡したときに支給される埋葬料を受けられる「本人によって扶養されていた遺族」とは、被扶養者のことですか？

A 被扶養者とは限りません。本人の死亡当時、その収入によって生計が一部でも維持されていた人であれば、同一世帯に属していなくても、親族関係がなくても支給対象となります。

Q 埋葬料の支給にあたり、死亡の原因は問われますか？

A 業務上および通勤途中以外であれば、死因は問われません。

被扶養者である 家族が死亡したとき

被保険者本人に「家族埋葬料」が支給されます。

受けられる
給付

家族埋葬料

■支給される額

50,000 円

当組合の付加給付

当組合では法定給付に上乗せして、さらに付加給付を支給しています。

家族埋葬料付加金

一律 50,000 円が支給されます。

他人の行為により病気やけがをしたとき

自動車事故など他人の加害行為が原因で治療を受けるとき、かかった医療費は加害者の負担となりますが、とりあえず健康保険を使って治療を受けることができます。

必ず 健康保険組合に届出を

他人の加害行為が原因で負傷した場合も、健康保険で治療を受けることができますが、このような「第三者行為」が原因となる場合、健康保険組合は加害者が支払うべき医療費を一時的に立て替えるだけで、負担した医療費は後で加害者に請求します。ですので、健康保険で治療を受ける場合は、「第三者行為による傷病届」を必ず健康保険組合に提出してください。

任意保険に加入している場合、「第三者行為による傷病届」等の届出書類の作成・提出について、損害保険会社からサポートを受けられる場合があります。詳しくは契約している損害保険会社にお問い合わせください。



第三者行為の主な事例は自動車事故ですが、次のような場合も第三者行為となります

- 学校やスーパーなどの設備の欠陥でけがをしたとき
- 他人の飼い犬やペットなどにより、けがをしたとき
- 不当な暴力や傷害行為を受け、けがをしたとき
- 飲食店などで食中毒にあったとき

自動車事故にあったら

①

できるだけ冷静に

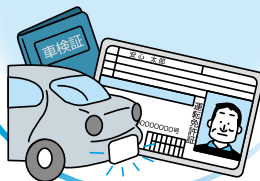
ショックで冷静な判断力を失うことがあります。できるだけ冷静に対処してください。



②

加害者を確認

ナンバー、運転免許証、車検証などを確認しましょう。



③

警察へ連絡

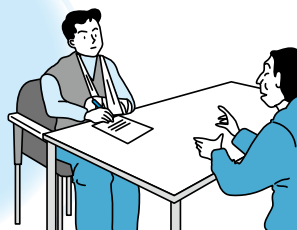
どんな小さな事故でも、必ず警察に連絡しましょう。



④

示談は慎重に

後遺障害の危険もありますので、示談は慎重にしましょう。なお、健康保険で治療を受けたときは、示談の前に健康保険組合へご連絡ください。



Q&A

Q 「第三者行為による傷病届」はいつ出せばよいでしょうか？

A できるだけすみやかに提出してください。

Q 自動車事故のときは健康保険が使えないといわれましたが、本当ですか？

A そのようなことはありません。ただし、健康保険組合が負担した医療費は後で加害者に請求しますので、加害者が医療費を支払ったときは、その範囲で健康保険の給付が受けられなくなります。

示談前に健康保険組合に連絡を

示談により、損害賠償請求権の一部を放棄した場合、その範囲で健康保険の給付を受けられなくなることがあります。後遺障害などで後から治療が必要になったとき、健康保険が使えないといった事態を避けるためにも、示談をする場合は事前に健康保険組合にご相談ください。



こんなときにはこんな届出を

健康保険では、保険証に関することや保険給付を受けるためなど、被保険者からの届出が必要になることがあります。次にあげた事項に該当する場合は、申請書類に必要事項を記入し、それぞれ必要な添付書類と一緒に、事業主を通して健康保険組合へ提出してください。

◆提出先 ▶ 人事グループ 給与・厚生センター 厚生チーム

○ 保険証に関する届出

保険証をなくしたとき

ただちに

「健康保険被保険者証滅失届」「健康保険被保険者証再交付申請書」を提出

※再発行の場合は手数料(1,500円)がかかります。

○ 本人・家族に関する届出

家族を被扶養者として
申請したいとき

5日以内に

「被扶養者届」を提出

※このほか各種添付書類が必要になります。詳しくは10頁をご参照ください。

家族が被扶養者に
該当しなくなったとき

すみやかに

「被扶養者届」に保険証を添えて提出

結婚などで
氏名に変更があったとき

すみやかに

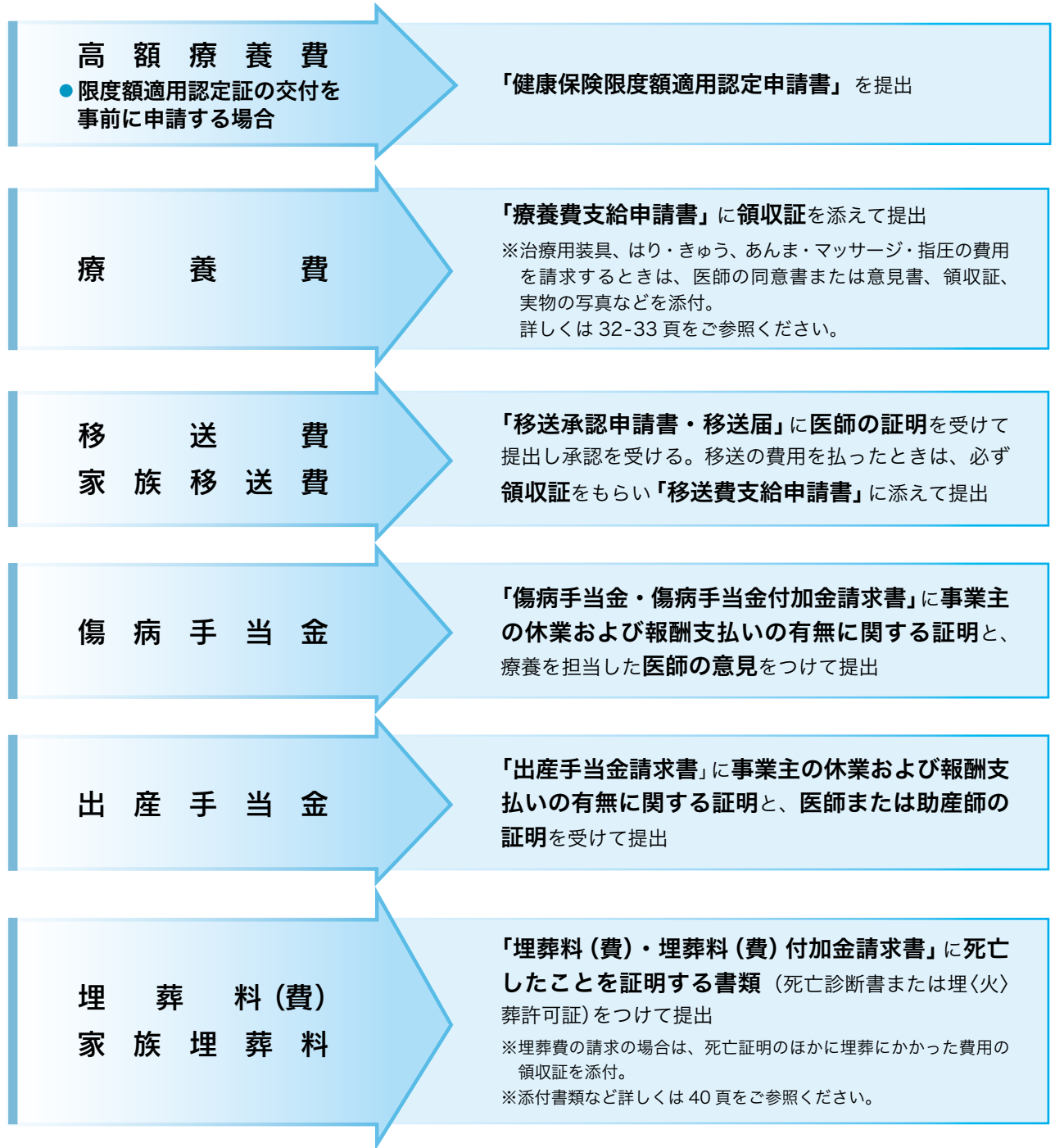
「氏名変更(訂正)届」に保険証を添えて提出

被保険者の資格を
失ったとき

5日以内に

保険証を返納

○ 給付に関する届出



出産育児一時金・家族出産育児一時金の届出について

届出が必要となるのは次の場合です。

- 直接支払制度を利用した場合で、
出産費用が一時金の支給額より少ない場合
- 直接支払制度を利用した場合で、
付加給付を受ける場合
- 上記の制度を希望しない場合

「出産育児一時金・出産育児付加金請求書」
 および**費用内訳の領収・明細書、直接支払制
 度活用についての意思確認の書類等**の添付
書類を提出

※必要書類は届出理由により異なる場合があります。

※産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合
 は、その証明印のある領収・明細書が必要です。

退職したあとに給付を受けられるとき

退職すると被保険者資格を失いますが、退職後も当健康保険組合から給付を受けられる場合があります。

資格喪失後も給付を受けられる場合があります

退職して被保険者資格を失った後でも、傷病手当金、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料（費）については、一定の条件を満たしていれば、当健康保険組合から給付を受けることができます。

○給付を受けられる人

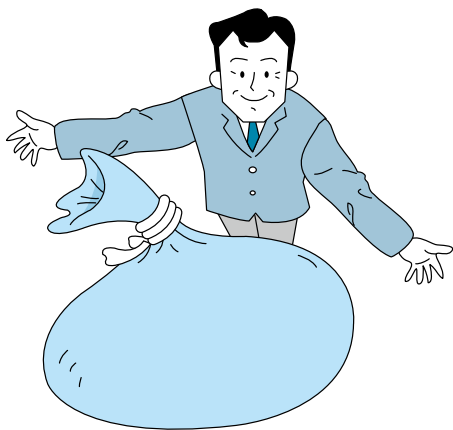
退職前に継続して1年以上被保険者期間があった人



船員保険の加入期間との通算はできません。

○法定給付分が受けられます

傷病手当金、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料（費）、それぞれ法定給付分が支給されます。付加給付については支給されません。



Q & A

Q

資格喪失後にもらえる給付は、家族も対象になるのですか？

A

資格喪失後の給付は被保険者が対象になります。家族出産育児一時金や家族埋葬料は給付の対象になりません。

こんなときに受けられます

傷病手当金の場合

●支給の条件

退職時に傷病手当金を受給中で、引き続きその病気やけがの療養のために働けない場合

●支給される期間

傷病手当金の受給期間満了まで

※老齢厚生年金等を受給している場合は支給されませんが、老齢厚生年金等の額が傷病手当金よりも低額な場合は、差額が支給されます。

出産手当金の場合

●支給の条件

退職時に出産手当金を受給中の場合

●支給される期間

出産手当金の受給期間満了まで

出産育児一時金

●支給の条件

資格喪失後6カ月以内に出産した場合

埋葬料（費）

●支給の条件

- 資格喪失後3カ月以内に被保険者が死亡した場合
- 資格喪失後の傷病手当金・出産手当金の受給中もしくは受給終了後3カ月以内に被保険者が死亡した場合

※資格喪失後3カ月以内の死亡については、被保険者期間が1年以上なくても支給対象になります。

退職後も被保険者でいられる 「任意継続被保険者」

退職すると被保険者の資格を失いますが、一定の条件を満たしていれば、継続して当健康保険組合の被保険者となれるしくみがあります。これを「任意継続被保険者制度」といいます。

任意継続被保険者となれる人

次のすべての要件を満たしていることが必要です。

- ①退職などにより健康保険の被保険者資格を失った人
- ②資格を失った日まで継続して2カ月以上被保険者であったこと
- ③資格を失った日より20日以内に任意継続被保険者となることの申請をすること

○任意継続被保険者でいられる期間

任意継続被保険者となった日から最長2年間です。

※75歳になると後期高齢者医療制度に加入するため、2年以内でも資格を喪失します。

○負担する保険料

被保険者の自己負担分と事業主負担分をあわせた全額を自己負担します。任意継続被保険者になると、事業主による保険料負担はありません。

毎月10日までに自分で保険料を納付します。

任意継続被保険者の標準報酬

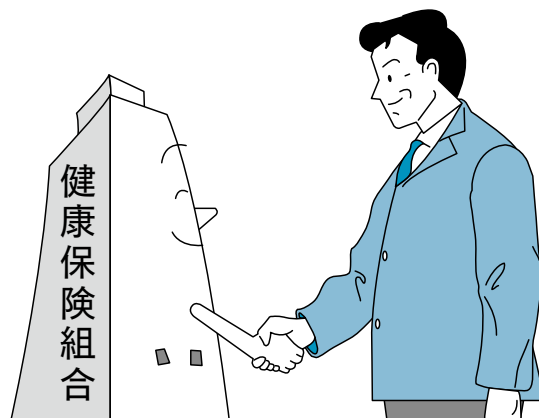
保険料の計算基礎となる標準報酬は、次のいずれか低い方が適用されます。

- 退職時の標準報酬
- 前年度9月30日現在の当健康保険組合の全被保険者の標準報酬の平均額

○保険給付の内容

出産手当金と傷病手当金は支給されません。それ以外は法定給付・付加給付ともに在職中と同様に支給されます。

※前頁の資格喪失後の給付に該当する場合は、出産手当金と傷病手当金も支給されます。



任意継続被保険者の 資格を失うとき

次の事由に該当した場合は、任意継続被保険者の資格を失います。

- ①被保険者となった日より起算して2年を経過したとき
- ②死亡したとき
- ③保険料を指定された納付期日までに納めないとき
- ④再就職して、他の健康保険、船員保険などの被保険者となったとき
- ⑤後期高齢者医療制度の被保険者となったとき

Q & A

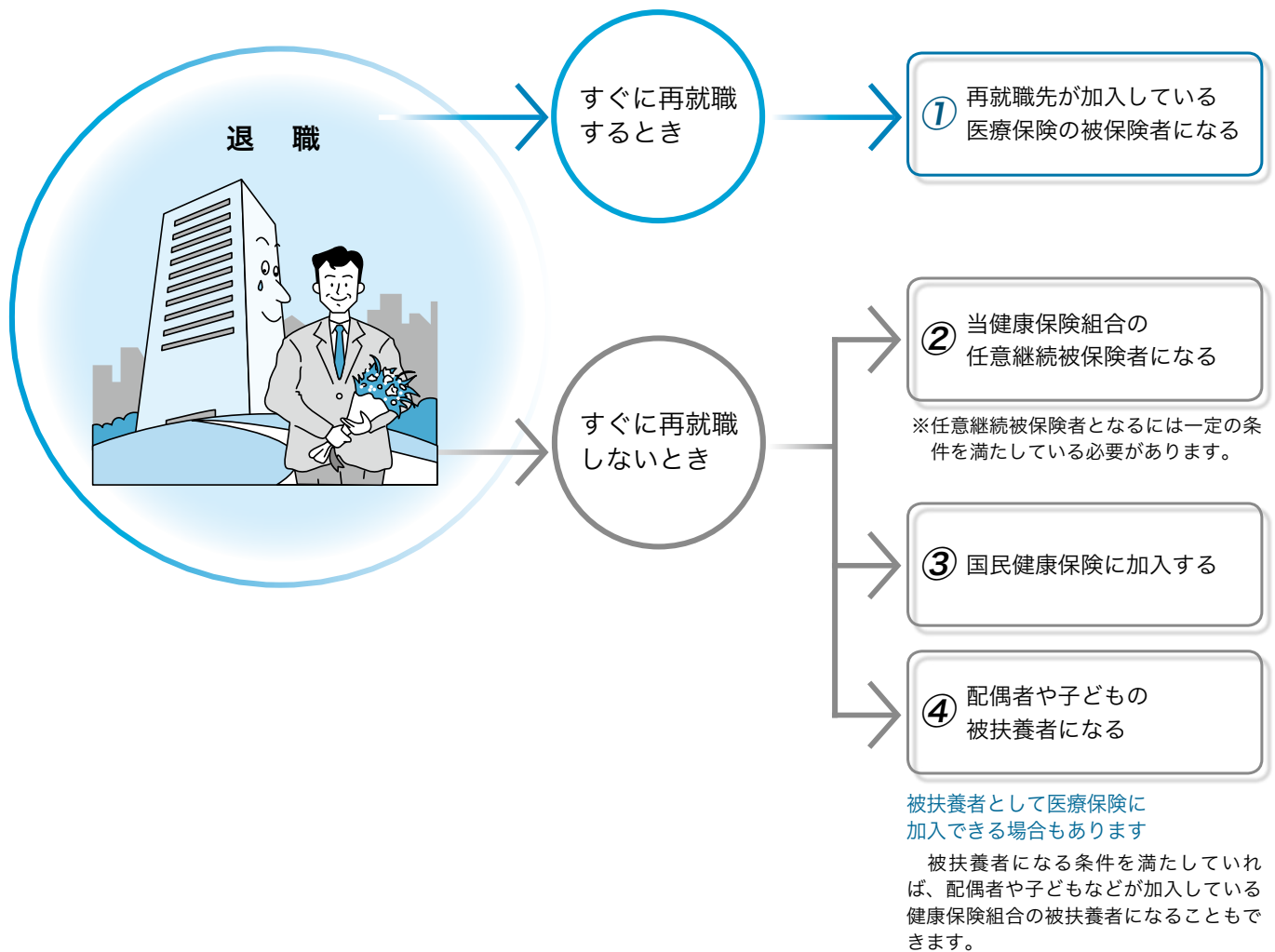
Q 任意継続被保険者になると、在職中と同様のサービスが利用できるのですか？

A 保険給付については出産手当金と傷病手当金以外は、在職中と同様の給付が受けられ、付加給付も支給されます。保健事業については在職中と同様に利用できます。

退職後はそれぞれの状況に応じた医療保険に加入します

退職すると健康保険組合の被保険者資格を失い、その後はそれぞれの状況に応じた医療保険に加入することになります。なお、75 歳になると後期高齢者医療制度に加入します。

退職後に加入する医療保険



国民健康保険とは

国民健康保険は都道府県と市区町村が一体となって運営する医療保険で、農業、自営業などの地域住民が加入します。

- **加入する人**…地域住民（農業、自営業、自由業など）
※国民健康保険では「被扶養者」は存在せず、加入者はすべて被保険者となります。
- **保険給付**…病気やけがをしたときの給付割合や自己負担限度額などは健康保険と同様
※休業中の給付はなく、葬祭費の支給額も市区町村によって異なるなど、すべて健康保険と同じではありません。
- **保険料（税）**…市区町村によって定められた額
※制度の詳細は各市区町村によって異なります。詳しくはお住まいの市区町村にお問い合わせください。

高齢者の医療を支えるしくみ

前期高齢者医療費の財政調整

高齢者が加入する医療保険が偏ると、保険者の間で負担する医療費に不均衡が生じます。そこで、前期高齢者の医療費を調整するしくみが導入されています。

各保険者で負担の均衡がはかられます

現在、前期高齢者といわれる 65 歳～74 歳の約 8 割が国民健康保険に加入しており、医療費の負担に不均衡が生じています。そこで、各保険者における前期高齢者の加入率と、全保険者における前期高齢者の加入率の平均を比較して、負担の不均衡を調整するしくみが導入されています。

なお、退職等により資格を失わなければ、前期高齢者も健康保険組合の被保険者であることに変わりはありません。



健康保険組合は納付金を負担します

前期高齢者の加入率が低い健康保険組合では、納付金を負担することになります。なお、このしくみが導入される前は、「退職者医療制度」という健康保険組合の OB が加入する制度に対する拠出金で財政の調整がはかられてきました。これに対して、新制度では健康保険組合の OB だけでなく、前期高齢者全体で調整をはかれるため、健康保険組合の負担は一層重いものとなっています。

高齢者医療のための重い費用負担

健康保険組合が高齢者医療のために拠出している費用（前期高齢者医療には納付金、後期高齢者医療には支援金（次頁参照））は、長期にわたって上昇し続け、2019 年度の全健康保険組合決算（見込）では、3 兆 4,344 億円にのぼり、保険料収入に占める割合は 46.0%となっています。このまま現行制度が続けば 2025 年度にはその割合は 50%を上回るとされています。これは、わたしたちの保険料の半分以上が高齢者医療のための費用に充てられることになります。

今後も前期高齢者納付金の負担は増加していき、厚生労働省の推計によると、2025 年には納付金・支援金と合わせて 4.5 兆円に達するとされています。

このように、増え続ける納付金・支援金負担は厳しい状況が続く健康保険組合に重い負担となっています。

高齢者の医療を支えるしくみ

後期高齢者医療制度

75 歳以上および一定の障害がある 65 歳以上の高齢者は、独立した医療保険制度である「後期高齢者医療制度」に加入します。

運営主体は広域連合

都道府県ごとに全市区町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」が運営主体となって、保険料の決定、医療費の支給等の業務を行います。なお、保険料の徴収や窓口事務は市区町村が行います。

○保険料

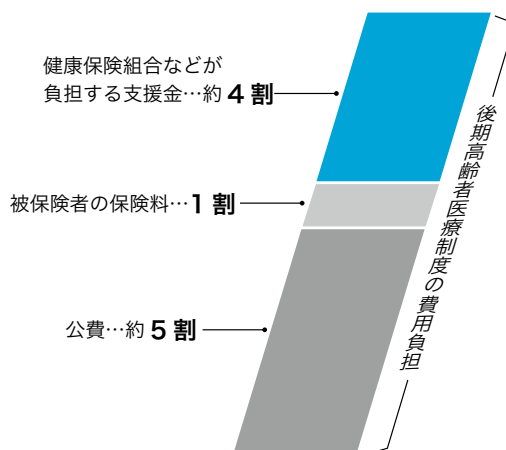
保険料の額は広域連合ごとに条例で定められますが、原則として都道府県内均一で、「世帯の人数（応益分）」と「所得（応能分）」によって算出されます。健康保険のように「被扶養者」という制度はありませんので、加入者は全員被保険者として保険料を負担します。なお、所得が一定基準以下の場合や健康保険組合などの被扶養者であった人の場合には負担の軽減措置があります。

○保険給付・自己負担

療養の給付や高額療養費をはじめ、制度加入前とほぼ変わらない保険給付を受けられます。医療費の自己負担や入院時の食費・居住費の標準負担額、高額療養費の支給対象となる医療費の自己負担限度額なども加入前と変わりありません。

○財源の約 4 割は健康保険組合などが負担する支援金

制度を運営する財源は、被保険者自身の保険料が 1 割、公費が約 5 割で、残りの約 4 割は健康保険組合などが負担する支援金になります。



後期高齢者医療制度に加入すると、健康保険組合の被保険者・被扶養者の資格を失います

後期高齢者医療制度は独立した医療保険制度ですので、健康保険組合の被保険者・被扶養者が後期高齢者医療制度に加入した場合は、健康保険組合の加入資格を喪失します。

そのため、後期高齢者医療制度の対象となる被保険者に 74 歳以下の被扶養者がいる場合は、被保険者の資格喪失に伴って、その被扶養者も健康保険組合の加入資格を失うことになります。資格を喪失したあとは、国民健康保険など他の医療保険制度に加入しなければなりませんので、ご注意ください。

- 75 歳になった被保険者
- 75 歳になった被扶養者

健康保険組合の加入資格喪失

→ 後期高齢者医療制度に加入

- 75 歳になった被保険者の 74 歳以下の被扶養者

健康保険組合の加入資格喪失

→ 国民健康保険など他の医療保険制度に加入

介護保険は全国の市区町村が運営主体となり、40歳以上の人を対象に介護サービスを提供する公的な社会保険制度です。その概要をご紹介しますので、ぜひ参考にしてください。

市区町村が運営

介護保険は全国の市区町村が運営を行いますが、国や都道府県、各医療保険者も介護保険の運営に協力することが義務づけられています。そのため、健康保険組合は加入者の介護保険料の徴収を行っています。



40歳以上の人が被保険者に

介護保険では40歳以上の人が被保険者となります。このうち65歳以上の人を「第1号被保険者」、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を「第2号被保険者」と区分します。なお、健康保険では被扶養者にあたる人も、介護保険では被保険者となります。

被保険者にならない人もいます

40歳以上65歳未満の人でも、次に該当する場合は介護保険の被保険者にはなりません。保険料の徴収に影響しますので、次のどれかに該当して被保険者にならない場合、また次のどれかから外れて被保険者になる場合は、健康保険組合へ届け出てください。

- ①海外居住者（日本国内に住所がない人）
- ②在留期間3カ月以下の外国人
- ③適用除外施設に入所している人

介護保険の保険料

介護保険料の徴収方法や金額は、第1号被保険者と第2号被保険者で異なります。

○第1号被保険者（65歳以上の人）

●徴収方法

市区町村が徴収します。年金月額15,000円以上の人は年金から直接徴収され、15,000円未満の人は個別に徴収されます。

●計算方法

保険料の額は各市区町村が条例で設定する基準額に、所得に応じた段階別の保険料率を乗じた額となります。

○第2号被保険者（40歳以上65歳未満の人）

●徴収方法

健康保険組合の加入者については、一般保険料と同様に毎月の給料および賞与から健康保険組合が徴収します。なお、健康保険組合の被扶養者にあたる人の介護保険料は、40歳以上65歳未満の被保険者全体で負担しますので、被扶養者が直接保険料を徴収されることはありません。

●計算方法

標準報酬月額および標準賞与額に介護保険料率を乗じた額となります。

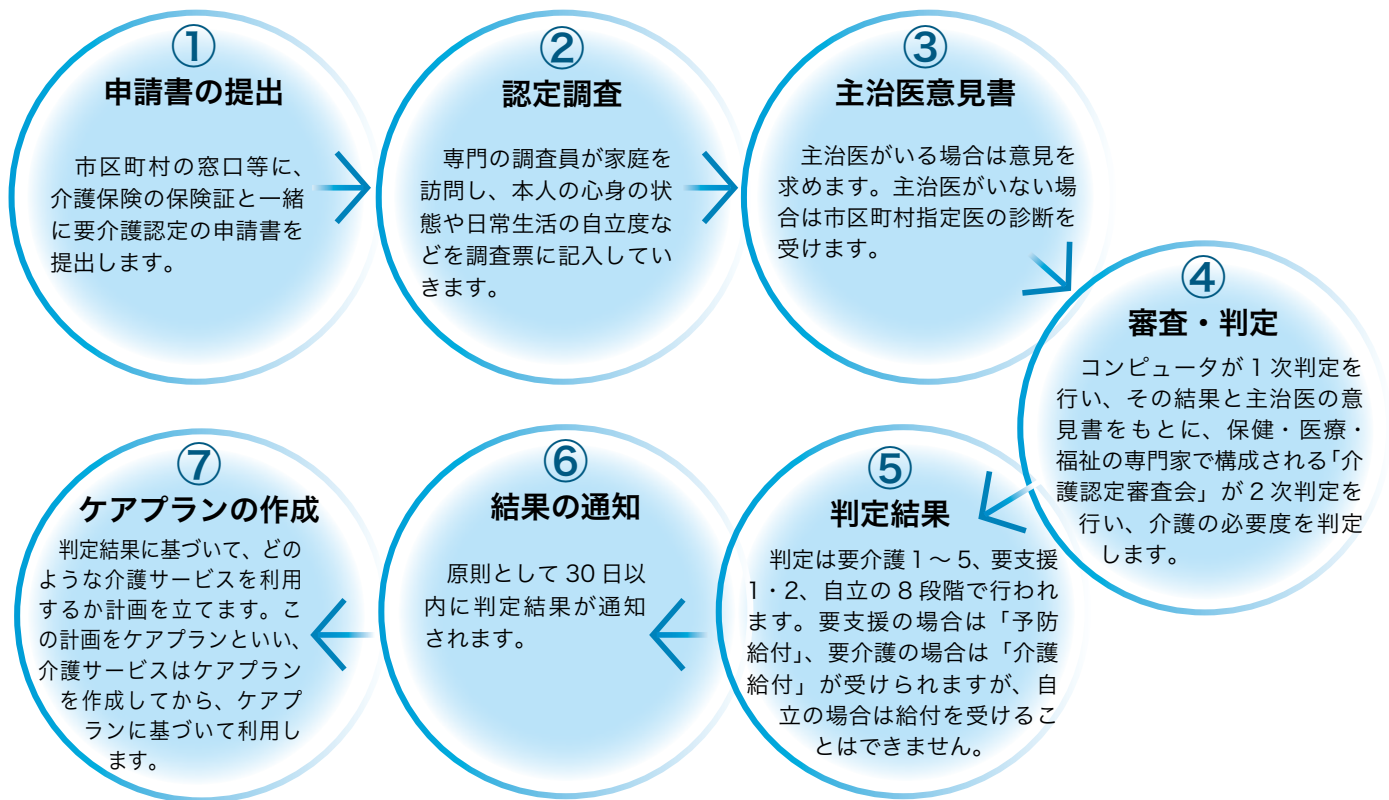
サービスを利用したいときは「要介護認定」の申請を

介護保険の給付には「介護給付」と「予防給付」があり、介護サービスだけでなく、介護が必要な状態になることを防ぐためのサービスも提供されます。ただし、必要以上に介護が行われると、かえって心身の機能を弱めることになりかねないため、サービスは介護の必要度に応じて受けることが重要になります。そこで、介護サービスを利用したいときは、まずは「要介護認定」の申請を行い、どの程度の介護が必要かを判定してもらいます。

なお、40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、給付を受けられる場合が限られています。



介護の必要度はこんな流れで判定されます



40歳以上65歳未満の人が給付を受けられる場合

介護保険の給付を受けるにあたり、65歳以上の第1号被保険者は介護を必要とする原因は問われませんが、40歳以上65歳未満の第2号被保険者は次の「特定疾病」に該当する場合のみ給付を受けられます。

- | | | |
|------------------|-----------------------------------|-------------|
| ① 初老期の認知症 | ⑦ 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、
糖尿病性神経障害 | ⑪ 関節リウマチ |
| ② 脳血管疾患 | ⑧ 閉塞性動脈硬化症 | ⑫ 後縦靱帯骨化症 |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症（ALS） | ⑨ 慢性閉塞性肺疾患 | ⑬ 脊柱管狭窄症 |
| ④ パーキンソン病関連疾患 | ⑩ 両側の膝関節または股関節に著しい
変形を伴う変形性関節症 | ⑭ 骨折を伴う骨粗鬆症 |
| ⑤ 脊髄小脳変性症 | | ⑮ 早老症 |
| ⑥ 多系統萎縮症 | | ⑯ 末期がん |

利用できるサービスの内容

介護保険のサービスには、「居宅サービス」「施設サービス」「地域密着型サービス」があります。



居宅サービス

自宅などで生活をしながら受けるサービスを中心に、日帰りや短期間であれば施設を利用してサービスを受けることもできます。また、介護をする環境を整えるためのサービスとして、福祉用具のレンタル、福祉用具の購入費の支給、住宅改修費の支給なども受けられます。

■居宅サービスの種類

●自宅などを訪問してもらうサービス

訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導

●施設を利用するサービス

通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護

●介護をする環境を整えるサービス

福祉用具貸与、福祉用具購入費の支給、住宅改修費の支給



施設サービス

特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床などの施設に入所して、介護サービスを受けることができます。これを「施設サービス」といい、要介護と判定された人だけが利用できます。

■施設サービスの種類

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設

※特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）への新規入所者は原則、要介護3以上の人に限定されています。



地域密着型サービス

身近な地域で、地域の特性に応じた多様なサービスが、「地域密着型サービス」として提供されます。

■地域密着型サービスの種類

小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービス、夜間対応型訪問介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

ケアプランに基づいてサービスを受けます

介護保険では、利用者の状態にあったサービスを受けることができるように、必ず「ケアプラン」というサービスの利用計画を作成し、計画に基づいてサービスを利用します。このケアプランは「ケアマネジャー」という専門家が無料で作成してくれます。

地域支援事業と地域包括支援センター

地域支援事業は要支援・要介護になるおそれのある人を対象に各市区町村が行う事業で、介護予防事業のほか、介護予防のマネジメント、地域支援の総合相談、虐待防止・権利擁護事業、包括的・継続的マネジメントなどを行います。また、要支援者の訪問介護・通所介護は平成29年度から地域支援事業に移行されています。

地域支援事業の実施にあたっては、「地域包括支援センター」が大きな役割を果たします。地域包括支援センターは、地域の高齢者の生活機能の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のための必要な援助・支援を包括的に行う中核機関で、相談からサービスの調整までを一貫して行うことができます。

介護サービスにかかる費用の一部を自己負担します

介護サービスを利用したときは、かかった費用の1割～3割*を自己負担します。施設を利用したときは食費と居住費の負担も必要になります。

自己負担



居宅でサービスを受ける場合

介護サービス費用の1割～3割*

…を負担



施設でサービスを受ける場合

介護サービス費用の
1割～3割*

+

居 住 費
(滞在費)

+

食 費

…を負担

個室の場合：室料＋光熱水費相当
多床室の場合：光熱水費相当

食材料費＋調理コスト相当

※居住費（滞在費）・食費は利用者と施設の契約で決まります。

※低所得者には居住費（滞在費）・食費にかかる負担を軽減するため、負担限度額が設けられます。

*以下の基準を満たす第1号被保険者は、2割・3割負担となります。

● 2割負担となる人

- ①本人の合計所得金額が160万円以上、
- ②同一世帯の第1号被保険者の年金収入＋その他の合計所得金額が346万円（単身の場合は280万円）以上。

● 3割負担となる人

- ①本人の合計所得金額が220万円以上、
- ②同一世帯の第1号被保険者の年金収入＋その他の合計所得金額が463万円（単身の場合は340万円）以上。

合計所得金額：給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額

給付額には上限があります

介護保険では、介護の必要度に応じて、サービスの利用に対する給付額の上限が定められています。この上限を超えてサービスを利用した場合、超えた分は全額自己負担となります。

▼ 要介護度	▼ 支給限度額	▼ 要介護度	▼ 支給限度額
要支援1	50,320円	要介護3	270,480円
要支援2	105,310円	要介護4	309,380円
要介護1	167,650円	要介護5	362,170円
要介護2	197,050円		

自己負担には限度額があります

介護サービスにかかる自己負担には、世帯単位で計算する1カ月あたりの限度額が所得に応じて設定されていて、住民税課税世帯一般と現役並み所得世帯は44,400円です（低所得者は軽減措置あり）。この限度額を超えた場合は、「高額介護サービス費」として払い戻しを受けることができます。

医療と介護の自己負担を合算した限度額もあります

1年間にかかる医療保険と介護保険の自己負担を合算した限度額が設けられています。この限度額を超えた場合、介護保険にかかった分については「高額医療合算介護サービス費」として払い戻しを受けることができます。



みなさまの健康をサポートする

保健事業

日本郵船健康保険組合では、みなさまの健康維持増進のために、保健事業として、各種人間ドック、けんぽ共同健診（被扶養者健診）、歯科検診などの提供や補助を行っています。具体的な手続方法や、健診機関、補助額などについては、健康保険組合のホームページをご覧ください。

ホームページ

アドレス：<https://www.nykkenpo.or.jp/>

人間ドック・婦人科ドック

被保険者および被扶養者を対象に毎年度実施しています。

人間ドック(日帰り) 種類：一般ドック、大腸・脳ドック

利用資格：満40歳以上の被保険者および被扶養者

婦人科ドック

検査内容：原則、乳がん検査、子宮がん検査、骨密度検査

利用資格：被保険者（女性）なら、年齢に関係なく受診できます
40歳以上の一般ドックとの併用はできません

詳しくは、ホームページ内、「人間ドック・婦人科ドック」をご覧ください。

けんぽ共同健診（被扶養者健診）

配偶者および満40歳以上の被扶養者を対象に、毎年度、被扶養者健診を実施しています。

詳しくは、ホームページ内、「けんぽ共同健診（被扶養者健診）」をご覧ください。

インフルエンザ予防接種

被保険者および被扶養者を対象に、インフルエンザ予防接種を受けた場合、毎年度1回補助金を支給しています。年齢制限はありません。

歯科検診

被保険者を対象に集団歯科検診（郵船ビル内）、岸本ビル歯科での検診、また被扶養者（配偶者に限る）も受けられる歯科検診センター検診の3つをご用意しております。毎年度いずれか1回の受診が可能です。

後発医薬品（GE）の利用促進

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、新薬（先発医薬品）の特許期間の終了後に、新薬と同じ成分で製造・販売された医薬品の事です。研究・開発コストが少なく済むので、成分・効能が新薬と同等でも価格が安く設定できるのがジェネリック医薬品の特徴です。ジェネリック医薬品に変更すると、医療費負担、そして家計負担を軽くすることが可能です。治療上、ジェネリック医薬品が適さない場合もあるので、まずは医師にジェネリック医薬品が利用できるかどうか相談してみてください。

卒煙を考えよう

たばこの煙には、4,000 種類以上の化学物質が含まれており、たばこに含まれる有害物質は、心臓病や脳卒中だけではなく、消化器病やぜん息なども引き起こすと言われています。

まずは気軽に禁煙のスタート地点に立ってみませんか？

詳しくは、ホームページ内、「卒煙を考えよう」をご覧ください。

こころとからだの健康相談 「健康・こころのオンライン」

当健康保険組合が外部委託先と契約している相談サイトです。被保険者・被扶養者の方ならどなたでも利用可能です。

ご利用の際は、ホームページ内、「健康・こころのオンライン」のバナーよりログインしてください。

健康健康・予防情報システム 「kencom（ケンコム）」のお知らせ

当健康保険組合では、「DeSC ヘルスケア株式会社」との業務委託契約により、ICT を活用した健康・予防情報システム「kencom（ケンコム）」を導入しています。

「kencom」では、主に以下のようなことができます。

- ①パソコン・スマートフォン・タブレット等を使用し、いつでも個人の健診結果データを見る事ができます。
- ②あなたの健康状態や趣向に合わせた健康情報が日々更新されます。
- ③kencomが主催する各種イベントに参加し、抽選で賞品が当たります。

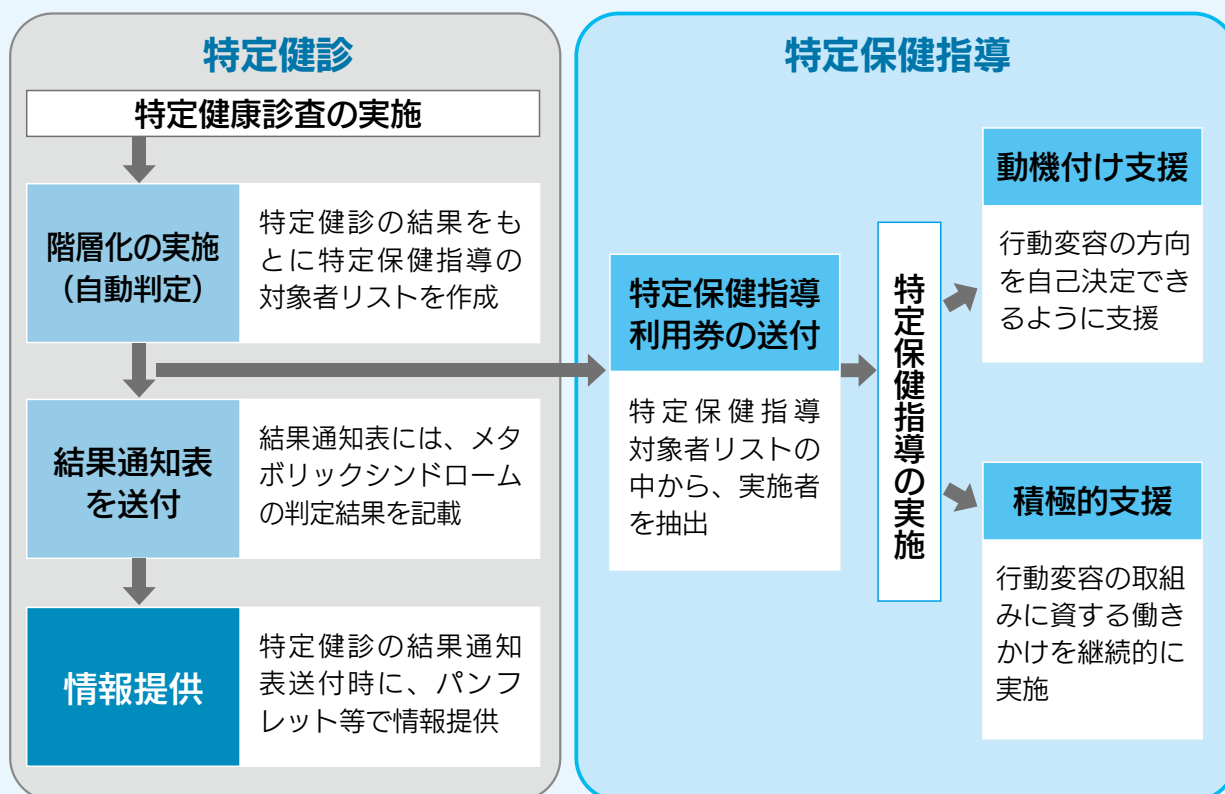
詳しくは、ホームページ内、kencom のバナーよりログインしてください。



特定健診・特定保健指導

40歳から74歳までのすべての被保険者および被扶養者に対して、特定健康診査（特定健診）が実施されています。特定健診とは、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者および予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする人を抽出するために行うものです。

特定健診から特定保健指導への流れ



特定保健指導対象者の階層化

腹 囲	追加リスク	④喫煙歴	保健指導対象	
	①高血糖 ②脂質異常 ③高血圧		40～64歳	65～74歳
85cm以上（男性） 90cm以上（女性）	2つ以上該当	あり・なし共に	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI* $\geq$ 25	3つ該当	あり・なし共に	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	あり・なし共に		

*BMI（体格指数）…は肥満度を調べる指標で、体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)で計算します。指数22が標準値とされます。

高血糖

★空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）が
100mg/dℓ以上
または ★HbA1c が 5.6%（NGSP 値）以上

（注）メタボリックシンドロームを判定する際の基準は、空腹時血糖 110mg/dℓ以上となります。

脂質異常

★中性脂肪（トリグリセライド・TG）が
150mg/dℓ以上
または
★HDLコレステロールが40mg/dℓ未満

高血圧

★収縮期血圧（最高血圧）が
130mmHg 以上
または
★拡張期血圧（最低血圧）が
85mmHg 以上

柔道整復師（接骨院・整骨院）の正しいかかり方

●柔道整復師（接骨院）の施術を受けたとき

接骨院・整骨院は、「柔道整復師」という国家資格をもった専門家が「施術」を行う施設です。医師でないために、手術や投薬（湿布薬を除く）、レントゲン撮影などは法律上できません。

健康保険組合では、療養費の適正な支給のために、柔道整復施術を利用された際の内容につき照会させていただくことがありますので、ご協力をお願い致します。

また、「領収証」の提出を求められる場合がありますので、必ず保管しておいてください。



健康保険が 使えるのは？

- 「外傷性（※）が明らかな打撲、捻挫、肉離れ」の場合と、「骨折、不全骨折（ひび）、脱臼（応急手当で以外は医師の同意が必要）」の場合です。
- 負傷原因がはっきりしている骨・筋肉・関節のけがや痛み

（※）外傷性とは、関節等の可動域を超えた捻れや外力によって身体の組織が損傷を受けた状態を示すもの。



健康保険の対象と ならないものの例

- 単なる（疲労性・慢性的な要因からくる）肩こりや筋肉疲労
- 脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善のみられない長期の施術
- 病院、診療所などで同じ負傷等を治療中の場合
- 病気（神経痛・ヘルニア・リウマチなど）による痛み

※仕事や通勤中のけがの場合は労災保険が適用されるため健康保険は使えません

——— 全額自己負担になります ———



接骨院・整骨院を利用する際のポイント

①負傷の原因をきちんと伝える

健康保険が使えない場合があるので、負傷の原因を正確に伝えてください。

②「療養費支給申請書」は内容を確認してから署名を

療養費支給申請書は、接骨院等が健康保険組合に施術費用を請求する際に使うものです。白紙の状態の申請書に署名するのは、間違いや不正請求の原因になります。

療養費支給申請書は、内容をしっかり確認してから署名してください。利き手の負傷などやむを得ない事情がなければ代筆は認められません。

③領収証と医療費通知を突き合わせてチェックを

領収証は通院のたびに受け取り、後日健康保険組合から送付される医療費通知と突き合わせて内容を確認しましょう。施術日数など内容が異なっているときは、健康保険組合に連絡してください。

④長期間かかる場合は医師の診察を受ける

長期間の施術を行っても症状の改善がみられない場合は、ほかの病気の可能性があるので、医師の診察を受けてください。

令和 3 年 3 月発行

健康保険ガイドブック

発行／ **日本郵船健康保険組合**

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-3-2 郵船ビル
TEL 03-3284-5125
FAX 03-3284-5126

URL <https://www.nykkenpo.or.jp/>
メールアドレス NYKKENPO@nykgroup.com

